

Formularz zgłoszeniowy do projektu "Asystent Osobisty - Droga do Samodzielności"

Imię nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon i/lub e-mail

Stopień
niepełnosprawności umiarkowany znaczny

Rodzaj/symbol
niepełnosprawności 01-U 02-P 03-R 04-O 05-R 06-E
 07-S 08-T 09-M 10-N 11-I 12-C

Data ważności
orzeczenia

Ilość postulowanych
godzin usług średnio
w miesiącu do 10 11 - 15 16 - 20
 21 - 25 26 - 30 powyżej 30

Wnioskowany zakres/rodzaj usług asystenckich (zaznacz wszystkie właściwe):

- towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robienia zakupów, zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji
- pomoc w przemieszczaniu się np. do miejsc rehabilitacji, terapii, leczenia, nauki, kultu religijnego itp.
- inne, jakie?

Uczestniczę w:

WTZ TAK NIE

ŚDS TAK NIE

Innej placówce finansowanej ze
środków publicznych TAK NIE

jeśli tak, proszę podać nazwę

Uzasadnij potrzebę realizacji usług - opisz bariery utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie:

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszeniowej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) w celu realizacji procesu rekrutacyjnego oraz udziału w projekcie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego