

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawadzkiem w ramach rządowego programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020”**

**poszukuje osób niepełnosprawnych zainteresowanych objęciem usługą  
asystenta osób niepełnosprawnych.**

Poszukujemy **pełnoletnich osób niepełnosprawnych z orzeczoną znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności** (lub równoważnym). Usługi realizowane byłyby w wymiarze do 30 godzin miesięcznie przez osobę posiadającą niezbędne kwalifikacje, którą wybiera osoba niepełnosprawna. Usługi asystenta mogą być świadczone przez 7 dni w tygodniu w godzinach od 7.00-22.00. Program zakłada, że będzie realizowany od 2019 do końca 2020 roku.

Zakres możliwej pomocy obejmuje np.:

- wyjście, powrót, dojazd do miejsc najbliższych wybranych przez uczestnika (dom, praca, placówka oświatowa, świątynia, przychodnia, gabinet lekarski/rehabilitacyjny, urzędy, rodzina, znajomi),
- udział w dokonaniu zakupów przez uczestnika programu,
- korzystanie z dóbr kultury.

**Osoby zainteresowane udziałem prosimy o wypełnienie deklaracji – karty zgłoszeniowej ON.**

W przypadku trudności z jej wypełnieniem prosimy o kontakt telefoniczny z pracownikami socjalnymi pod numerem (77) 46-22-095 wew. 20, 21 lub 22. Istnieje możliwość dojazdu do klienta w celu odebrania deklaracji.

**Kartę należy dostarczyć do siedziby Ośrodka Pomocy Społecznej w Zawadzkiem, ul. Dębowa 11, 47-120 Zawadzkie – w nieprzekraczalnym terminie do 20. lutego br. do godz. 12.00. Karta może zostać przesłana w wersji elektronicznej (skan) na adres poczty elektronicznej: [sekretariat@ops.zawadzkie.pl](mailto:sekretariat@ops.zawadzkie.pl) – oryginał papierowy może zostać przekazany najpóźniej w dniu skierowania asystenta do osoby niepełnosprawnej.**

Szczegóły programu znajdują się pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/rodzina/co-powinienes-wiedziec-o-asystencie-osobistym-osoby-niepelnosprawnej>

**Karta zgłoszenia osoby niepełnosprawnej**  
**do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**  
**– edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Stopień niepełnosprawności:  znaczny  umiarkowany<sup>1</sup>

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

.....  
.....  
.....

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Zasady przetwarzania danych osobowych znajdują się pod adresem: <http://bip.zawadzkie.pl/1317/461/zasady-przetwarzania-danych-osobowych-w-ops-w-zawadzkiem.html>

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

<sup>1</sup> Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)