

Informacja uzupełniająca do Karty zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

I. Dane kandydata na uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. nr PESEL:

II. Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszeń osób powyżej 16 r.ż. (w odpowiednim polu należy wstawić znak X)

Jestem osobą:

- samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
- wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (np. ze względu na niepełnosprawność umiarkowaną lub znaczną członka rodziny - wymagane przedstawienie orzeczenia), lub z uwagi na niepełnoletniość członka rodziny (wymagane oświadczenie);
- zamieszkującą z inną osobą dorosłą, bez której nie byłabym/byłbym w stanie samodzielnie funkcjonować (tzn. przebywałbym/łabym w placówce całodobowej);
- nie korzystającą wcześniej z Programu AOOzN dla JST¹;
- aktywną zawodowo/uczącą się.

III. Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszeń dziecka od 2 do 16 r.ż.:

(w odpowiednim polu należy wstawić znak X)

- posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- nie korzystało wcześniej z Programu AOOzN dla JST;
- wychowuje się w rodzinie, w której więcej niż jedno dziecko posiada stopień niepełnosprawności;
- przebywa w pieczy zastępczej;

¹ „Program Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego.

- wychowywane jest przez jednego lub oboje rodziców posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym (wymagane orzeczenie);
- wychowywane przez jednego rodzica;
- wychowywane jest przez rodziców aktywnych zawodowo (wymagane zaświadczenie z zakładu pracy).
- uczęszcza do placówki edukacyjnej/opiekuńczej.

IV. Oświadczenia Uczestnika Projektu:

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Regulaminu realizacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszcz,
- posiadam wskazany w karcie zgłoszenia sprzęt/oprzysiężowanie, niezbędne do świadczenia usługi asystencji osobistej w myśl Regulaminu, o którym mowa wyżej,
- jestem świadomy, że Realizator programu może wezwać mnie w celu uzyskania dodatkowych wyjaśnień oraz wymagać dodatkowych dokumentów,
- w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikację do Programu,
- w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych
- świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionego lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności-konieczności stałej lub długotrwałej opieki, lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, oraz inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia spełnienia dodatkowych kryteriów.

.....
Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)