Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Karta zgłoszenia 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*

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).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej".

Miejscowość ……., data ……

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

…….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.