Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W BRANICACH
ul. Główna 61
48-140 Branice

PIECZĄTKA WPŁYWU / DATA WPŁYWU
NR DEKLARACJI: AOOzN/2027/……..

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

WAŻNE: Niniejsza deklaracja służy wyłącznie wstępnemu rozpoznaniu zapotrzebowania mieszkańców Gminy Branice na usługi asystencji osobistej i przygotowaniu wniosku o środki finansowe na realizację Programu. **Złożenie deklaracji nie jest formalnym zgłoszeniem do Programu, nie gwarantuje zakwalifikowania do udziału ani przyznania określonej liczby godzin usług.**

I. DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Miejscowość: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail (jeżeli dotyczy): .....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy): .....

Status na rynku pracy: ……..

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA POSIADANEGO ORZECZENIA

Proszę zaznaczyć właściwą kategorię:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami w pkt 7 i pkt 8 orzeczenia

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Orzeczenie ważne: ☐ bezterminowo ☐ do dnia: .....

Czy w orzeczeniu wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE

III. WSTĘPNE ROZPOZNANIE POTRZEB

W jakich obszarach osoba zainteresowana przewiduje potrzebę korzystania ze wsparcia asystenta? Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- ☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym związanych z higieną osobistą
- ☐ wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
- ☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- ☐ pomoc w dotarciu do lekarza, placówki medycznej, rehabilitacyjnej lub innej instytucji
- ☐ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- ☐ wsparcie w robieniu zakupów i wykonywaniu innych codziennych czynności
- ☐ wsparcie w komunikowaniu się z innymi osobami
- ☐ wsparcie w uczestnictwie w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym lub zawodowym

Inne potrzeby:

.....

.....

IV. PRZEWIDYWANA CZĘSTOTLIWOŚĆ KORZYSTANIA ZE WSPARCIA

Na potrzeby oszacowania zapotrzebowania proszę wskazać orientacyjną częstotliwość korzystania z usług:

- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ 3–5 dni w tygodniu
- ☐ w zależności od bieżących potrzeb
- ☐ również w godzinach wieczornych
- ☐ 1–2 dni w tygodniu
- ☐ codziennie
- ☐ również w soboty, niedziele lub święta

Orientacyjna liczba godzin wsparcia potrzebna w ciągu miesiąca: około ..... godzin.

Podana liczba godzin ma charakter wyłącznie szacunkowy i służy rozpoznaniu potrzeb oraz przygotowaniu wniosku o środki finansowe.

V. KORZYSTANIE Z INNYCH FORM WSPARCIA

Czy osoba zainteresowana korzysta obecnie z usług asystencji osobistej? ☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli TAK – w ramach jakiego programu/podmiotu: .....

Czy osoba korzysta z innych form wsparcia finansowanych ze środków publicznych (np. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, ŚDS, WTZ lub innych)? ☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli TAK – z jakich: .....

VI. DEKLARACJA

Ja, niżej podpisany/a, deklaruję wstępne zainteresowanie udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, w przypadku jego realizacji przez Gminę Branice.

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja ma charakter informacyjny i służy wyłącznie rozpoznaniu zapotrzebowania mieszkańców Gminy Branice oraz przygotowaniu wniosku o środki finansowe. Właściwa rekrutacja uczestników zostanie przeprowadzona odrębnie, zgodnie z zasadami Programu obowiązującymi dla edycji 2027.

□ Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzonym rozeznaniem potrzeb.

VII. INFORMACJE OGÓLNE

1. Złożenie Deklaracji osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027 u Realizatora **nie oznacza pewności udziału w Programie i nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.**
2. Za realizację usług asystencji osobistej uczestnik Programu nie ponosi odpłatności.
3. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej **nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz inne usługi asystenckie lub opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.** Usługi asystencji osobistej nie mogą swoim zakresem zastępować usług opiekuńczych.
4. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielanie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
5. Deklaracje osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 należy składać **w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Branicach, ul. Główna 61 lub drogą emaliową: opsbranice@post.pl.**

……, dnia …….
(Miejscowość)

……
(podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie)