

Data wpływu wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK  
O KORZYSTANIE Z USŁUG  
ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia ..... PESEL .....  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....  
przez ..... Numer telefonu .....

**POSIADANE ORZECZENIE** (właściwe zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności     znacznym                       umiarkowanym                       lekkim  
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów     I                       II                       III  
c)  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  
     o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  o niezdolności do samodzielnej egzystencji  
d)  o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY  
LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko .....syn/córka.....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia ..... PESEL .....  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....  
przez ..... Numer telefonu .....  
Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem .....  
• postanowieniem Sądu Rejonowego .....  
  z dnia ..... sygn. akt .....  
• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... repet. nr .....

**ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG** (właściwe zaznaczyć)

1. Pomoc w transporcie środkami komunikacji:
  - a) w dotarciu z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, instytucji publicznych i kulturalnych, na zajęcia rehabilitacyjne,
  - b) w powrocie ze szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, instytucji publicznych i kulturalnych, zajęć rehabilitacyjnych do miejsca zamieszkania.
2. Pomoc podczas zajęć w szkole, uczelni, pobytu w placówkach zdrowia, w tym pomoc w dotarciu na sale wykładowe, do stołówki, biblioteki, dziekanatu.
3. Pomoc w toalecie, ubraniu, przyrządzeniu posiłku, podaniu posiłku.
4. Pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym pomoc w sprzątanu, praniu, robieniu zakupów (tylko dla osób zamieszkujących samotnie lub nie mających opiekunów).

5. Przenoszenie z miejsca na miejsce docelowe, np.: z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu.
6. Pomoc w utrzymaniu kontaktów z rówieśnikami.

**TERMIN USŁUGI**

*(Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi)*

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

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271 z późn.zm.).**

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby  
uprawnionej

**Załączniki:**

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),
2. Informacja dodatkowa do wniosku o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej,
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z „Regulaminem korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej”,
4. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej), oryginał do wglądu,
5. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu).