



DEKLARACJA WSTĘPNA
do Programu pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Niepełnosprawność (orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub traktowanie na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)	☐ St. ZNACZNY z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ St. ZNACZNY ☐ St. UMIARKOWANY z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ St. UMIARKOWANY ☐ DZIECKO od uk. 2 roku życia do uk. 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami zawartymi w pkt 7 i 8 orzeczenia 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
Status na rynku pracy	
Dane opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego	 Imię i nazwisko Tel. kontaktowy

1. Wyrażam zgodę przetwarzanie wyżej przedstawionych danych osobowych
w związku z diagnozą do Programu pn. „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnościami”– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Niedźwiedziu

.....
Miejscowość, data

.....
podpis