Końskowola, dnia ………………

**Deklaracja udziału w Programie**

**„ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025**

1. **Dane osoby chętnej do uczestnictwa w Programie:**
2. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………..
3. Adres: …………………………………………………………………………………..
4. Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………..
5. Data urodzenia: ………………………………………………………………………..
6. Stopień niepełnosprawności i organ wydający orzeczenie: …………………………………………………………………………………………..
7. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Końskowola? ( Tak ☐ / Nie ☐ )
8. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? Tak ☐ / Nie ☐
9. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? Tak ☐/ Nie ☐
10. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych, asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, opieka wytchnieniowa, ośrodek wsparcia - obejmujący analogiczne wsparcie? Tak ☐ / Nie ☐

**II. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że niniejsze zgłoszenie chęci udziału w Programie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.

**………………………………………………………………**

(Podpis osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie

lub jej opiekuna prawnego)