**Wniosek o przyznanie usługi asystenckiej dla osoby niepełnosprawnej w ramach projektu
„Asysta osób niepełnosprawnych szyta na miarę”**

### Imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL …………………………..…...................................................................................................................................................

###  Adres zamieszkania …...........................................................................................................................................

Telefon kom...................................................................E-mail………………………………….…………………..………………………

### Opis sytuacji zdrowotnej osoby niepełnosprawnej?

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

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

### Opis sytuacji zdrowotnej opiekuna osoby niepełnosprawnej?

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

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

1. Inne ważne okoliczności (sytuacja społeczna, materialna), które powinna uwzględnić Komisja Kwalifikacyjna Czy osoba niepełnosprawna korzysta już ze wsparcia GOPS w zakresie usług opiekuńczych (w jakim zakresie) ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Załączniki:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności

- oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej (do pobrania na stronie bezbarier.org)

- informacja o przetwarzaniu danych osobowych i zgoda na ich przetwarzanie (do pobrania na stronie bezbarier.org)

Miejscowość, data ...................................................... Podpis ……………………………………….………………………