

Deklaracja udziału
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027
Gmina Sośnicowice – Ośrodek Pomocy Społecznej w Sośnicowicach

Ja niżej podpisany/a

nr telefonu:

oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Sośnicowice oraz spełniam niżej wymienione kryteria udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

Adresatami Programu są:

- dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu 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,
- osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Deklaruję, że jestem zainteresowany/a skorzystaniem ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 oraz przyjmuję do wiadomości, że udział w Programie wymaga uzyskania dofinansowania przez Gminę Sośnicowice oraz spełniania dodatkowych warunków wynikających z zapisów Programu.

Poinformowano mnie, że złożenie przedmiotowej deklaracji nie jest jednoznaczne z wzięciem udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 i nie zobowiązuje do późniejszego uczestnictwa w Programie.

W przypadku przystąpienia przez Gminę Sośnicowice do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 na stronie internetowej oraz w siedzibie ośrodka pomocy społecznej zostanie umieszczone ogłoszenie o naborze uczestników do ww. Programu.

.....

/podpis/

**Zgoda na wykorzystanie danych kontaktowych w celu potwierdzenia chęci udziału
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

Oświadczam, że wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych kontaktowych: imię i nazwisko oraz numer telefonu oraz udostępniam je na potrzeby kontaktowania się w związku ze złożoną deklaracją chęci udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 dla Gminy Sośnicowice – Ośrodka Pomocy Społecznej w Sośnicowicach ul. Szprynek 1, 44-153 Sośnicowice.

.....

/podpis/