

**Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Bychawa
w zakresie uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2027**

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
telefon kontaktowy

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ o znacznym stopniu
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ o umiarkowanym stopniu 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.

2. W przypadku dzieci do 16 roku życia:

Czy dziecko posiada 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?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

4. Ile godzin usług asystenta miesięcznie potrzebuje Pan/Pani w roku 2027?

.....
* Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

.....
data i podpis