

## **ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”- edycja 2019-2020**

Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Młynarach informuje o naborze osób chętnych do wzięcia udziału w programie „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”- edycja 2019-2020”.

Do programu zgłosić się mogą pełnoletnie osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Kluczowym celem programu jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla pełnoletnich osób niepełnosprawnych przy:

- wykonywaniu codziennych czynności,
- poprawie funkcjonowania w życiu społecznym,
- ograniczaniu skutków niepełnosprawności,
- stymulacji do podejmowania aktywności na różnych szczeblach życia codziennego.
- załatwianiu spraw urzędowych,
- wyjściu, powrocie i dojeździe do wskazanych przez uczestnika miejsc,
- dotarciu na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne,
- czynnym uczestnictwie w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych i sportowych.

Program ma również na celu przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych.

W związku z powyższym Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Młynarach zaprasza osoby, wymagające wsparcia w w/w zakresie, zainteresowane aby skorzystać z usług Asystenta Osoby Niepełnosprawnej do wypełnienia karty zgłoszenia i przekazania jej do Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Młynarach, ul. Dworcowa 25.

**Kierownik Miejsko-Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Młynarach**

**/./ Jadwiga Piekarska**

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja  
2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Stopień niepełnosprawności:  znaczny  umiarkowany\*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się.....

.....  
.....

**...II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.