



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

ANKIETA

Dane podstawowe:	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania/ dane teleadresowe:	
Województwo:	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Nr domu/lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Jestem zainteresowany/a udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego:	
TAK	NIE
Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne:	
TAK	NIE
Posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważne:	
TAK	NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną¹:	
TAK	NIE
Jestem opiekunem dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającego 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
Potrzebuję godzin wsparcia asystenta osobistego miesięcznie.	

Dębowiec, dnia

.....

/Data i czytelny podpis/

¹ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej rodzajów niepełnosprawności.

