

Data wpływu wniosku .....

(wypełnia OPS)

**WNIOSEK**  
**O KORZYSTANIE Z USŁUG**  
**ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....

przez ..... Numer telefonu .....

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności: - znacznym      - umiarkowanym      -lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:    I      II      III
- c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy - o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  
- o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....

przez ..... Numer telefonu .....

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem .....

- postanowieniem Sądu Rejonowego .....  
z dnia ..... sygn. akt .....
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... repet. nr .....

**ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG** (właściwie zaznaczyć)

- pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, na zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,
- pomoc w toalecie, ubieraniu, przyrządzaniu i spożywaniu posiłków,
- pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych),
- przenoszenie osoby niepełnosprawnej np. z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie przez Beneficjenta odpowiedniego sprzętu pomocniczego (Asystent - kobieta może podnieść osobę bez użycia podnośnika o wadze do 12 kg, a Asystent - mężczyzna do 30 kg),
- pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,
- pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego.

**TERMIN USŁUGI**

(Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi)

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....

Data Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej