

OŚWIADCZENIE O INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	
Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026, finansowany z Funduszu Solidarnościowego.	
Imię i nazwisko Osoby z niepełnosprawnością	
Adres zamieszkania Osoby z niepełnosprawnością	
Stopień niepełnosprawności	
Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego lub Rodzica w przypadku osób małoletnich* JEŻELI DOTYCZY	
Proszę DOKŁADNIE opisać sytuację Osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do trzech punktów podanych niżej:	
1. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagające wsparcia asystenta:	

2. Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:

3. Możliwości uzyskania pomocy od innych osób:

Data:

Podpis Osoby z niepełnosprawnością/ jej Opiekuna Prawnego/
Rodzica w przypadku osób małoletnich*:

JEŻELI DOTYCZY