



**Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Piaskach**

ul. Szkolna 1
63-820 Piaski
tel: 65 573 90 08
e-mail: gops@piaski-wlkp.pl
www. piaski.opsinfo.pl

DEKLARACJA WSTĘPNA

zainteresowania usługą Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością

Formularz służy wyłącznie diagnozie potrzeb mieszkańców Gminy Piaski. Jego złożenie nie jest wnioskiem, nie oznacza zakwalifikowania do Programu ani przyznania usługi.

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Niepełnosprawność (na podstawie posiadanego orzeczenia)	☐ stopień znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ stopień znaczny ☐ stopień umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ stopień umiarkowany ☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia
Dane opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego	Imię i nazwisko: Tel.:

ORIENTACYJNE ZAPOTRZEBOWANIE NA WSPARCIE

Zakres potrzebnego wsparcia	☐ wyjścia z domu / przemieszczanie się ☐ lekarz / rehabilitacja ☐ sprawy urzędowe ☐ zakupy / sprawy codzienne ☐ praca / szkoła ☐ udział w życiu społecznym / kulturalnym ☐ inne:
Jak często wsparcie byłoby potrzebne?	☐ kilka razy w miesiącu ☐ 1–2 razy w tygodniu ☐ kilka razy w tygodniu ☐ codziennie ☐ trudno określić
Orientacyjna liczba godzin wsparcia	 godzin tygodniowo / godzin miesięcznie / ☐ trudno określić
Dodatkowe informacje o potrzebach	

OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych w związku z prowadzoną przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Piaskach diagnozą zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych obowiązującymi w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Piaskach.
3. Przyjmuję do wiadomości, że deklaracja ma charakter wstępny i diagnostyczny, a jej złożenie nie gwarantuje objęcia wsparciem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

