



FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” edycja 2026

1. Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:
2. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:
.....
3. Data urodzenia osoby z niepełnosprawnością:
4. Imię i nazwisko opiekuna prawnego/pełnomocnika*:
5. Telefon kontaktowy:
6. **Dotyczy osób po ukończeniu 16 roku życia:** posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:
 - w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
 - w stopniu znacznym lub orzeczenie równoważne
 - w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
 - w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie równoważne

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.
7. **Dotyczy dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia:** dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji osób powyżej 18 roku życia: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:
 - TAK
 - NIE
8. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?
 - TAK
 - NIE
9. Nie ubiegam się i nie planuję ubiegać się na rok 2026 o usługę asystencji osobistej na terenie innego samorządu.
 - TAK
 - NIE

UWAGA!: Złożenie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2026 r.

.....
(Data i podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

* Uzupełnić, jeśli dotyczy