

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Wyśmierzycach**

26-811 Wyśmierzyce ul. Mickiewicza 75

NIP 798-13-96-684

☎ (048) 615-70-03, wew. 117, tel./fax. (048) 615-70-03

e-mail: mgops@mgops.wysmierzyce.pl

ANKIETA

dotycząca chęci uczestnictwa

w Programie na rok 2023:

- Asystent Osobisty osoby niepełnosprawnej
- Opieka Wytchnieniowa

Ankieta ma charakter sondażowy.

Na jej podstawie oszacowane zostanie zainteresowanie mieszkańców Gminy udziałem w ww. Programach w celu pozyskania dofinansowania.

ANKIETA REKRUTACYJNA

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

Tel. kontaktowy.....

Czy wyraża Pan/Pani chęć udziału w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w kolejnych edycjach Programu? (właściwe zaznaczyć)

- TAK
- NIE
- Jestem chętna/y, ale nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności.
- Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.

Czy wyraża Pan/Pani chęć udziału w Programie Opieka Wytchnieniowa w kolejnych edycjach Programu? (właściwe zaznaczyć)

- TAK
- NIE
- Jestem chętna/y, ale nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności.
- Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Wyśmierzycach**

26-811 Wyśmierzyce ul. Mickiewicza 75

NIP 798-13-96-684

☎ (048) 615-70-03, wew. 117, tel./fax. (048) 615-70-03

e-mail: mgops@mgops.wysmierzyce.pl

1. Posiadany stopień niepełnosprawności: (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- znaczny stopień niepełnosprawności / I grupa inwalidzka / całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
- umiarkowany stopień niepełnosprawności / II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy,
- nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Zgoda

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. Nr 119, s. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych:

- 1. Imię i nazwisko*
- 2. Wiek*
- 3. Nr. telefonu*
- 4. informacja o stopniu niepełnosprawności.*

W celu oszacowania liczby osób zainteresowanych uczestnictwem w programie Asystent osoby niepełnosprawnej/Opieka Wytchnieniowa.

.....
Data i podpis