



Imię i nazwisko

KARTA OCENY

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY OSOBY POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia komisja)
	tak	nie	
1) Osoba samotnie zamieszkująca			
2) Osoba bez zatrudnienia			
3) Osoba wymagająca wsparcia i dojazdu poza miejsce zamieszkania, np. dojazd i asystowanie podczas wizyty u lekarza			
4) Osoba korzystająca z usług asystencji, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez inne instytucje np. ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych itp.			
suma			

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY DZIECKA DO 16 ROKU ŻYCIA

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia komisja)
	tak	nie	
1) Rodzic samotnie wychowujący dziecko			
suma			

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Płońsk, dnia.....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)