

Zarządzenie Nr 021.11.2025
Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrówce
z dnia 30 grudnia 2025 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026

Na podstawie § 9 ust. 4 Statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrówce (Uchwała nr VIII/53/2015 Rady Gminy Dąbrówka z dnia 8 czerwca 2015 r. z późn. zm.) oraz Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadza się Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikom Działu Pomocy Społecznej i Wsparcia Rodziny Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrówce realizującym Program.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, realizowany jest na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.
2. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego i jest realizowany na terenie Gminy Dąbrówka przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrówce, zwany dalej „Ośrodkiem”.
3. Udział w Programie jest nieodpłatny.
4. Celem Programu jest wsparcie osób z niepełnosprawnością w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym.

§ 2

Rekrutacja do Programu

1. Rekrutacja do Programu prowadzona jest w trybie naboru ciągłego, do wyczerpania limitu miejsc lub środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.
2. Informacje o naborze, jego wstrzymaniu lub zakończeniu publikowane są na stronie internetowej Gminy Dąbrówka oraz Ośrodka.
3. Warunkiem ubiegania się o udział w Programie jest złożenie kompletu dokumentów zgłoszeniowych, w szczególności:
 - 1) karty zgłoszenia do Programu (zgodnie z załącznikiem nr 7 do Programu),
 - 2) oświadczenia dotyczącego wskazania asystenta (stanowiące załącznik nr 1 do Regulaminu),
 - 3) kopii aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego, w przypadku małoletnich orzeczenia o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem pkt 7 i 8,
 - 4) dokumentu potwierdzającego ustanowienie opiekuna prawnego – jeżeli dotyczy,
 - 5) podpisanych klauzul informacyjnych RODO podpisane klauzule informacyjne RODO (zgodnie z załącznikiem nr 16 do Programu i załącznikiem nr 4 lub 5 do Regulaminu).
4. Dokumenty mogą być składane osobiście, pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną (ePUAP, e-Doręczenia), zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystenta osobistego.
6. Zgłoszenia rozpatrywane są na bieżąco, z uwzględnieniem kryteriów Programu, indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością oraz dostępnych środków finansowych. W pierwszej kolejności zostaną uwzględnione potrzeby osób z niepełnosprawnością:
 - 1) samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - 2) wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób,

- 3) o których mowa w części III ust. 2 Programu, które przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dzieci i osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art.37 ust. 1-6 tej ustawy,
 - 4) o których mowa w części III ust. 2 Programu, które przebywają w placówkach opiekuńczo- wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.
7. W przypadku braków formalnych Ośrodek wzywa do ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie; nieuzupełnienie skutkuje pozostawieniem zgłoszenia bez rozpatrzenia.
 8. Po wpłynięciu kompletu dokumentów zgłoszeniowych oceny zgłoszenia dokonuje wyznaczony w Ośrodku koordynator Programu. Ocena dokonywana jest na bieżąco i obejmuje indywidualną sytuację osoby z niepełnosprawnością, w szczególności weryfikację potrzeb w zakresie wsparcia asystenta osobistego, poziomu samodzielności oraz możliwości uzyskania pomocy od innych osób, zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku nr 2 do Regulaminu. Z przeprowadzonej oceny sporządza się kartę oceny lub notatkę służbową, która podlega zatwierdzeniu przez Dyrektora Ośrodka.
 9. Ośrodek informuje pisemnie o przyznaniu usług, wpisaniu na listę rezerwową albo odmowie udziału w Programie wraz z uzasadnieniem.
 10. Przyznanie usług nie wymaga wydania decyzji administracyjnej i nie podlega trybowi odwoławczemu.
 11. Osoby, którym nie przyznano usług z powodu braku środków, wpisywane są na listę rezerwową.
 12. Osobom, które legitymują się czasowym orzeczeniem o niepełnosprawności usługi będą przyznawane na okres obowiązywania orzeczenia. Wydłużenie terminu wykorzystania przyznanego limitu godzin będzie możliwe po dostarczeniu nowego, aktualnego orzeczenia wskazującego na spełnianie kryteriów programowych.
 13. Osoba, której przyznano usługi asystenta osobistego w ramach Programu zobowiązana będzie do pisemnego potwierdzenia uczestnictwa w Programie (załącznik nr 3 do Regulaminu). Brak potwierdzenia w wyznaczonym terminie będzie traktowany równoznacznie z rezygnacją.
 14. Data rozpoczęcia realizacji świadczenia usług jest zgodna z umową zawartą pomiędzy Ośrodkiem, a osobą świadczącą usługi asystenckie.
 15. Realizator zastrzega sobie możliwość:
 - 1) zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznaných godzin;
 - 2) odmowy kontynuowania świadczenia usług asystenckich w przypadku stwierdzenia nieadekwatności przyznanego wsparcia zgodnego z nadrzędnym celem Programu, którym jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia w życie społeczne do rzeczywistych potrzeb osoby z niepełnosprawnością,
 - 3) zmiany asystenta świadczącego usługi w danym środowisku w uzasadnionych przypadkach.

§ 3

Prawa i obowiązki Uczestnika

1. Uczestnik ma prawo do korzystania z usług asystencji osobistej w zakresie i wymiarze ustalonym przez Ośrodek oraz do poszanowania godności, prywatności i światopoglądu.
2. Uczestnik zobowiązany jest do współpracy z Ośrodkiem i asystentem, potwierdzania realizacji usług oraz przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.
3. Zachowaniami niedopuszczalnymi są w szczególności: przemoc, agresja słowna, zachowania naruszające granice intymności oraz przekazywanie korzyści majątkowych asystentowi.
4. Rażąco lub uporczywe naruszanie zasad Regulaminu może skutkować wykluczeniem z Programu.

§ 4

Monitoring i rozliczanie usług

1. Realizacja usług potwierdzana jest na karcie realizacji usług.
2. Rozliczenie usług następuje na podstawie dokumentów składanych w terminach określonych przez Ośrodek.
3. Ośrodek zastrzega sobie prawo do monitorowania i kontroli jakości świadczonych usług.

§ 5

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik Programu zobowiązany jest do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają zapisy Programu oraz obowiązujące przepisy prawa.
3. Ośrodek zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w Regulaminie.

Załączniki:

1. Deklaracja wyboru asystenta
2. Arkusz oceny wniosku do Programu
3. Potwierdzenie uczestnictwa
4. Klauzula informacyjna RODO dla kandydatów w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
5. Klauzula informacyjna RODO dla uczestników w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Ja,

uczestnik Programu/ opiekun prawny wskazuję

Panią/Pana.....

tel: , e-mail:

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usług asystenckich w ramach **Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.**

Oświadczam, że wskazany przez mnie asystent zgodnie z Programem:

- **nie jest dla osoby z niepełnosprawnością** opiekunem prawnym, członkiem rodziny*, **nie pozostaje z nią na wspólnym gospodarstwie domowym i wspólnie z nią nie zamieszkuje,**
- **ma odpowiednią wiedzę i jest przygotowany do realizacji usług asystenckich.**

***Za członków rodziny uznać należy:** wstępnych, zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, **wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych** w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę ojczyma, osobę **pozostającą we wspólnym pożyciu**, a także osobę **pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.**

Akceptuję wybór w/w asystenta i poświadczam jego przygotowanie do świadczenia usług asystencji osobistej

(data i podpis).....

**Arkusz oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością zgłaszającej uczestnictwo
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026**

Pan/Pani/dziecko

(imię i nazwisko)

| OCENA MERYTORYCZNA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ | |
|--|--|
| 1. Wnioskodawca korzysta z innych form wsparcia | |
| Tak (0 pkt) | |
| Nie (5 pkt) | |
| 2. Wnioskodawca posiada niepełnosprawność | |
| dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - (10 pkt) | |
| stopień znaczny sprzężony (10 pkt) | |
| stopień znaczny (8 pkt) | |
| stopień umiarkowany sprzężony (6 pkt) | |
| stopień umiarkowany (4 pkt) | |
| 3. Wnioskodawca posiada niepełnosprawność | |
| potwierdzoną dwoma symbolami (5 pkt) | |
| potwierdzoną więcej niż dwoma symbolami (10 pkt) | |
| 4. Wnioskodawca ma trudności związane z mobilnością i komunikacją (porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego lub przy pomocy innego sprzętu wspierająco-rehabilitacyjnego) | |
| Tak (5 pkt) | |
| Nie (0 pkt) | |
| 5. Wnioskodawca jest osobą samotnie gospodarującą | |
| Tak (5 pkt) | |
| Nie (0 pkt) | |
| 6. Wnioskodawca jest osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością (spełniającą warunki z Programu cz. III ust. 2) i nie ma możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzysta ze wsparcia innych osób | |
| Tak (5 pkt) | |
| Nie (0 pkt) | |

| | |
|--|----------|
| 7. Wnioskodawca przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej, tj. rodzinie zastępczej lub w rodzinnym domu dziecka | |
| Tak (5 pkt) | |
| Nie (0 pkt) | |
| 8. Wnioskodawca przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim | |
| Tak (5 pkt) | |
| Nie (0 pkt) | |
| 9. Poziom wsparcia Wnioskodawcy na podstawie zakresu czynności wskazanego w karcie zgłoszenia (ilość zaznaczonych czynności) | |
| 1-3 (5 pkt) | |
| 4-7 (10 pkt) | |
| 8-11 (15 pkt) | |
| 11- więcej (20 pkt) | |
| Razem (max. 80 pkt) | |
| |pkt |

Dąbrowka, dnia.....

.....

(podpis Koordynatora Programu)

**POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2026**

Ja, niżej podpisany/a

.....
potwierdzam swoje uczestnictwo/uczestnictwo
dziecka* w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 realizowanym w Gminie Dąbrówka.
2. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” wsparcie, finansowane z innych źródeł.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 jest bezpłatny.
4. Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.
5. Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.

* niewłaściwe skreślić

Dąbrówka, dnia.....

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**INFORMACJA NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
KANDYDATÓW NA ASYSTENTÓW OSOBISTYCH OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Niniejszym zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z dnia 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* , przekazujemy Państwu wymagane prawem informacje:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrówce, ul. Tadeusza Kościuszki 14, 05-252 Dąbrówka (dalej: GOPS). Kontakt do Inspektora ochrony danych: iod@odokancelaria.pl.
2. Podstawą prawną przetwarzania danych kandydatów na asystentów osobistych osoby z niepełnosprawnością jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. zgoda wyrażona przez kandydata rozumiana jako złożenie dokumentów aplikacyjnych. Natomiast dane osobowe asystenta w zakresie niezbędnym do zawarcia umowy z GOPS będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO - w celu zawarcia umowy z OPS dotyczącej świadczenia usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością oraz art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. obowiązku realizacji wymogów prawa, w szczególności rozliczeń wynagrodzenia za świadczone usługi w ramach programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu rekrutacji kandydatów do realizacji programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 , a następnie w celu zawarcia, obsługi i rozliczenia umowy dot. świadczenia usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, a także w celu rozliczenia przez OPS środków otrzymanych z Funduszu Solidarnościowego..
4. Informacje o Pani/Pana danych osobowych mogą być przekazywane innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa (np. Regionalna Izba Obrachunkowa). Dane mogą być udostępnione w szczególności Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewodzie Mazowieckiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych i nadzoru.
5. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym do celów archiwizacji zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach .
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia przetwarzania przez OPS Państwa danych niezgodnie z prawem.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody dotyczącej przetwarzania danych osobowych i usunięcia danych - do momentu zawarcia umowy (cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem).
8. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do zawarcia umowy na świadczenie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

(imię nazwisko).....

Dąbrówka, dnia.....

(podpis).....

**INFORMACJA NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
UCZESTNIKÓW PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

Niniejszym zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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/WE¹*, przekazujemy Państwu wymagane prawem informacje:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrówce, ul. Tadeusza Kościuszki 14, 05-252 Dąbrówka (dalej: GOPS). Kontakt do Inspektora ochrony danych: iod@odokancelaria.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe (i jeżeli dotyczy: opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej) przetwarzane są na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody, w celach związanych z realizacją Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026. W dalszej kolejności dane są przetwarzane w celu wykonania zadania współfinansowanego z Funduszu Solidarnościowego realizowanego w interesie publicznym, realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy, realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu lub wypełniania obowiązku prawnego (w szczególności: realizacja przez OPS świadczeń, realizacja obowiązków OPS wynikających z umowy w zakresie wysokości i trybu przekazywania środków, rozliczenia przez GOPS otrzymanych środków).
3. Informacje o Pani/Pana danych osobowych będą przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta zostanie umowa na świadczenie usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością oraz mogą być przekazywane innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa (np. Regionalna Izba Obrachunkowa). Dane mogą być udostępnione w szczególności Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewodzie Mazowieckiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych i nadzoru.
4. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym do celów archiwizacji zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach².
5. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia przetwarzania przez OPS Państwa danych niezgodnie z prawem.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody dotyczącej przetwarzania danych osobowych i usunięcia danych - do momentu zakwalifikowania do programu i uzyskania na jego podstawie wsparcia (cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem). Prawo do cofnięcia zgody po zakwalifikowaniu do programu i uzyskaniu wsparcia w zakresie w jakim przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym przez OPS nie przysługuje (zgodnie z art. 17. ust. 3 RODO).
7. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do rozpatrzenia złożonego przez Panią/Pana zgłoszenia oraz świadczenia Pani/Panu usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością.
8. Bez uzyskania powyższych danych uzyskanie ww. świadczenia jest niemożliwe.

(imię i nazwisko).....

Dąbrówka, dnia.....

(podpis).....
