

KWESTIONARIUSZ

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

nr PESEL: zamieszkały/a

oświadczam:

Wyszczególnienie	Odpowiedź	
	TAK	NIE
1. Legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną z tytułu 3 przyczyn		
2. Legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną z tytułu 2 przyczyn		
3. Jestem osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.		
4. Jestem osobą samotnie gospodarującą, która ma możliwość korzystania ze wsparcia bliskich		
5. Jestem osobą, która pozostaje w związku małżeńskim lub/i posiada wstępnych (tj. rodziców, dziadków, itd.) lub/i zstępnych (tj. dzieci, wnuki, itd.).		
6. Jestem osobą, która zamieszkuje z osobami spokrewnionymi lub niespokrewnionymi.		
7. Jestem osobą zamieszkującą z osobą powyżej 75 roku życia lub z osobą poniżej 18 roku życia lub zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością.		
8. Z tytułu sprawowania opieki nade mną inna osoba nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego przyznanego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.		
9. Jestem osobą aktywną zawodowo/uczącą się.		
10. Jestem osoba z niepełnosprawnością, która po raz pierwszy będzie korzystała z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (we wszystkich edycjach).		

W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Puławach tel. 81 888 04 92 wew. 15, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany.

.....
(data i czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego)