***Zgłoszenie do programu Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością- edycja 2026***

***Imię i Nazwisko*** …………………………………………………………………………………

***Adres zamieszkania*** …………………………………………………………………………………

***Nr telefonu*** …………………………………………………………………………………

***Wiek ………………………………………………………………………………***

***Rodzaj posiadanego orzeczenia*** …………………………………………………………………………………

***Oczekiwana liczba godzin usług asystencji osobistej w skali miesiąca***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………