Miejscowość ………………………………., data …………………..

**Ankieta do Programu**

 "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Szanowni Państwo

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety, skierowanej do osób niepełnosprawnych powyżej 18 roku życia lub ich opiekunów, w ramach Programu „Asystent osobisty osoby   
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, która posłuży   
do celów rekrutacyjnych.

Aby wypełnić ankietę, należy zaznaczyć krzyżykiem wybraną odpowiedź.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| 1. | Czy posiada Pani/Pan bliską rodzinę (żonę, męża, dzieci)? | | | **Tak** ☐ | **Nie** ☐ |
| 2. | Czy mieszka Pani/Pan z innymi członkami rodziny? | | | **Tak** ☐ | **Nie** ☐ |
| 3. | Czy zamieszkuje Pani/Pan z osobą , która posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym? | | | **Tak** ☐ | **Nie** ☐ |