



Miejscowość, data

Ankieta do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024

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 2024, która posłuży do celów rekrutacyjnych.

Aby wypełnić ankietę, należy zaznaczyć krzyżykiem wybraną odpowiedź.

1.	Czy posiada Pani/Pan bliską rodzinę (żonę, męża, dzieci)?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2.	Czy mieszka Pani/Pan z innymi członkami rodziny?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
3.	Czy zamieszkuje Pani/Pan z osobą , która posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

.....

(Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)