



Karta zgłoszeniowa do Programu finansowanego  
z Funduszu Solidarnościowego  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

Adres: .....

Telefon: .....

Stopień niepełnosprawności .....

Ilość symboli na orzeczeniu.....

Na swojego asystenta proponuję:

Pana / Panią .....

.....

Data i podpis osoby niepełnosprawnej