



**WYWIAD KWALIFIKACYJNY DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JST – EDYCJA 2025**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Stopień i rodzaj niepełnosprawności
.....
Status na rynku pracy
.....
Sytuacja rodzinna
.....
Ocena funkcjonowania społecznego
.....
Oczekiwana pomoc od asystenta
.....

Uczestnik kwalifikuje się do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025 **TAK / NIE**

.....
Podpis kandydata do programu

.....
Podpis pracownika PCPR