

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” – EDYCJA 2022*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,2) dysfunkcja narządu wzroku ,3) zaburzenia psychiczne ,4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu 1) samodzielnie 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. 3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych **Poza miejscem zamieszkania** 1) samodzielnie 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. 3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych 12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** /**Nie** 13. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?
.....

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

- 1) czynności samoobsługowe **Tak****/Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak****/Nie**
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak****/Nie**
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**
- 5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak****/Nie**

.....

.....

.....

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

.....

.....

.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

.....

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

.....

.....

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) usług asystencji osobistej? **Tak****/Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak****/Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać, jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp.; jeśli wymienione zostaną formy wsparcia,

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....

V. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia

traktowane na równi do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.