



Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– 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/stożenie niepełnosprawności:
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta 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 <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
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 (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?

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:
(jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp.)
.....
.....
.....

V. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie 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. Urz. 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 niepełnosprawnej” – edycja 2022.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych.*