

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/stożeń niepełnosprawności:

.....

9. Jestem osobą która:

mieszka sama, ponieważ nie ma rodziny

ma rodzinę, ale mieszka sama

mieszka z rodziną

10. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządu ruchu
- 1) (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; 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

11. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

12. 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"/> |

13. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie ?

Tak

Nie

14. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

II. ŚRODOWISKO:

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

- | | | | | |
|--|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1) czynności samoobsługowe | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 2) czynności pielęgnacyjne | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie | <input type="checkbox"/> |
| 5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie | <input type="checkbox"/> |

.....
.....

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? (np. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, zajęcia w Dziennym Domu Seniora, asystentura itp.):

Tak **Nie**

2. Jeśli tak, to w jakim wymiarze:

do 15 godzin miesięcznie

powyżej 15 godzin miesięcznie

nie dotyczy

3. Proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

.....
.....
.....

4. Korzystam z opieki innej osoby pobierającej z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne:

Tak **Nie**

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 lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego 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.