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/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 oponowo – 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 form 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 asystenckich 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. 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.