

**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 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 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:

- 1) 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 wskazaniem: 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,
- 2) uzupełnienie do karty zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022,
- 3) klauzula informacyjna RODO w ramach programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022,
- 4) klauzula informacyjna w ramach programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022.