



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 (proszę zaznaczyć):

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) (proszę zaznaczyć):

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 (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

II. ŚRODOWISKO:

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

- 1) czynności samoobsługowe (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

- 2) czynności pielęgnacyjne (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

- 5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (proszę zaznaczyć):

Tak

Nie

Informacje dodatkowe:

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:



Np. OPS, prywatnie opłacana osoba itp. Jeżeli wymienione zostaną formy wsparcia, to z których form pomocy jest Pan(i) zadowolony(a)/niezadowolony(a), 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). Oświadczam, że zapoznałem/łam się z załącznikami nr 2 i 3 do regulaminu naboru.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

Miejscowość i 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.