



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zamieszkania:

ul.

Kod pocztowy:.....

3. Telefon kontaktowy

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć jeden typ/wariant):

Dorośli, czyli osoby od 16 roku życia:

I grupa

znaczny

znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną¹ wskaż symbole z orzeczenia

całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym,

połączona z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego

II grupa

umiarkowany

¹ Niepełnosprawność sprzężona to niepełnosprawność wieloraka, złożona, w przebiegu której stwierdza się co najmniej dwie przyczyny niepełnosprawności. Niepełnosprawność sprzężona uwzględnia co najmniej dwie jednostki chorobowe (które są wskazane w orzeczeniu) spośród:

- uszkodzeń narządów wewnętrznych, narządów zmysłów i narządów ruchu
- zaburzeń funkcjonalnych o podłożu emocjonalno-psychicznym
- obniżeniu funkcji intelektualnych.





całkowita niezdolność do pracy

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu:

paraplegia (porażenie poprzeczne, dwukończynowe) ,

tetraplegia (porażenie cztero kończynowe) ,

hemiplegia (porażenie połowicze)

dziecięce porażenie mózgowie ; (typ: paraplegia , tetraplegia , hemiplegia

stwardnienie rozsiane

dystrofia mięśniowa

przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)

inne

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) samodzielnie z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) samodzielnie z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie

Czy miejsce zamieszkania jest dostosowane do Pana (i) potrzeb:

winda: **tak** **nie**

podjazd: **tak** **nie**

platforma: **tak** **nie**

schodofaz: **tak** **nie**

bariery jeżeli są proszę wymienić jakie.....

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** / **Nie**

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego





13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie oraz jakiego specjalistycznego sprzętu Pani/Pan korzysta na co dzień?

Sprzęty specjalistyczne, z których na co dzień korzysta Pan(i) (proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):

wózek standardowy

wózek elektryczny

kule

balkonik

biała laska

schodolaz

protezy

podnośnik

trójnóg

alternatywne sposoby komunikacji (jakie)

inne (proszę wymienić jakie.....)

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?

poniedziałek ; wtorek ; środa ; czwartek ; piątek ; sobota ; niedziela

rano(06.00-12.00) ; popołudniu (12.00-18.00) ; wieczorem (18.00 -24.00) ; noc (24.00-06.00)





inne jakie.....

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**

8. Czy może Pan(i) wskazać osobę (asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej) która będzie realizowała usługi asystencji osobistej na rzecz Pan(i) **Tak** - jeśli tak, proszę o uzupełnienie załącznika B do Regulaminu - Deklaracja wyboru asystenta **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:

Oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Powiatu Sieradzkiego;
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
3. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będę korzystał/a z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz.1876, z późn. zm.), innych usług finansowanych w ramach Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie z innych źródeł.
4. Wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług bezpośrednio w miejscu realizacji usług;





5. 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);
6. Zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 i regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
7. Oświadczam, że posiadam wskazany w karcie zgłoszenia sprzęt/oprzysiężowanie, niezbędne do świadczenia oczekiwanego wsparcia.
8. Dostałem do zapoznania **Klauzule informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.**

Miejscowość, data

(Podpis odbiorcy Programu/opiekuna prawnego)

VI. Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważne 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.
2. Załącznik B do Regulaminu – Deklaracja wyboru asystenta
3. Załącznik C do Regulaminu – Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”-edycja 2022.
4. Inne:.....

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

