*Załącznik III*

**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”– 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 prawidłowe):*

* dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
* dysfunkcja narządu wzroku
* zaburzenia psychiczne
* dysfunkcje o podłożu neurologicznym
* dysfunkcja narządu mowy i słuchu
* 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?
2. czynności samoobsługowe **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
3. czynności pielęgnacyjne **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
4. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
5. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
6. 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 formy 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 asystencji osobistej 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 z niepełnosprawnościami” – 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. U. 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 z niepełnosprawnościami” – edycja 2022.*

*Miejscowość ………………………………., data ……………….*

..…………………………………………………………………….

 *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

 *(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)*

*\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi 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.*