

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: **JAN KOWALSKI**
2. Adres: **20-600 LUBLIN, UL. LUBELSKA 1/13**
3. Telefon kontaktowy: **600 000 000**
4. Data urodzenia: **DZIEŃ/MIESIĄC/ROK**
5. Wykształcenie: **PODSTAWOWE/ŚREDNIE/WYŻSZE**
6. Zawód wyuczony: **KRAWCOWA**
7. Status na rynku pracy: **RENCISTA/PRACUJĄCY/ EMERYT/ ITP.**
8. Grupa/stopień niepełnosprawności: **ZNACZNY / UMIARKOWANY / DZIECKO do 16 ROKU ŻYCIA Z ORZECZENIEM O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ŁĄCZNIE ZE WSKAZANIAMI ??**
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności: **(ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ)**

- 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: **(ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ)**

11. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

II. ŚRODOWISKO: (ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ)

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: W TYM MIEJSCU DODATKOWO ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ WSKAZANIA OSOBY ASYSTENTA (Osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.)

..... **np. MARIA KOWALSKA**

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

np. WSPÓLNE WYJŚCIA NA SKLEPU, REHABILITACJĘ, LEKARZA, KINA ,

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

np. W GODZINACH PRZEDPOŁUDNIOWYCH / np. W GODZ. 16-18

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

..... np. 20.....

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) usług asystencji osobistej? Tak /Nie **(ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ)**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC: (ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ)

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 oraz klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu (załącznik nr 14 do Programu).

Miejscowość **Lublin**, data **28 kwietnia 2022 r.**

.....**Jan Kowalski**

(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.

Maksymalna liczba przyznanych godzin usługi asystenta miesięcznie w następujących miesiącach

Termin świadczenia usługi najpóźniej do dnia: 20 grudnia 2022 roku.

Rekomendowany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego asystent osoby niepełnosprawnej:
..... (jeśli dotyczy)

Poświadczenie pracownika
Wydziału ds. Osób Niepełnosprawnych