



Zadanie publiczne finansowane ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”

**Karta zgłoszenia do udziału w zadaniu publicznym ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”, \***

**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/stożenie 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



Zadanie publiczne finansowane ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”

**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: .....

Zadanie publiczne finansowane ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”

---

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?**



Zadanie publiczne finansowane ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*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 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.



Zadanie publiczne finansowane ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”

---

#### 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 zadania publicznego ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Asystencja osobista skuteczną formą wspierania niezależnego życia mieszkańców subregionu legnicko-głogowskiego”, (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)