**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU**

**ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI –   
SUKCESEM WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO W POWIECIE OLKUSKIM III**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko:…………………………………………...................................................…………

2. Adres: …………………………….…...................…….................…………………………………………..

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..……………………………………………………….

4. Data urodzenia: …………………………………...…………………………………………………………………

5. Wykształcenie: ………………………………………………………………………………………………………..

6. Status na rynku pracy: ………………………………………………………………………………………………

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: ………………………………………………………………………..

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności: ……………………………………………………………..

9. 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 ☐ |

**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☐**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 Projektu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami – sukcesem włączenia społecznego w powiecie olkuskim III”
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią regulaminu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami sukcesem włączenia społecznego w powiecie olkuskim III”
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) lub inne usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

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

..…………………………………………………………………………..

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z projektu

…………………………………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)