

Załącznik 1 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021***

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	
E-mail:	

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o znacznym/umiarkowanym ¹ stopieniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy)²:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:	
Telefon:	
E-mail:	

III. Informacje dotyczące ograniczeń osoby niepełnosprawnej

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się <i>Proszę opisać ograniczenia osoby niepełnosprawnej</i>	
Ograniczenia w komunikowaniu się:	Ograniczenia w poruszaniu się:
Ewentualne inne ograniczenia na które wnioskodawca pragnie zwrócić uwagę:	

¹ Niewłaściwe skreślić

² Należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego

IV. Informacje dotyczące wnioskowanych usług asystenckich

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego – usługi podstawowe

Proszę wskazać, z jakich usług asystenta zamierza korzystać osoba niepełnosprawna (zaznaczając „TAK” lub „NIE”) oraz w jakim wymiarze godzin w skali jednego miesiąca – wymiar godzin można uśrednić

Rodzaj usługi	zapotrzebowanie	Liczba godzin/m-c
wyjścia/powroty/dojazdy w miejsca wskazane przez uczestnika Programu (np. dom, praca, urzędy, placówki oświatowe/szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie/terapeutyczne, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, miejsca wydarzeń kulturalnych, rozrywkowych, społecznych, sportowych;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
pomoc w zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika programu przy ich realizacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
załatwianie spraw urzędowych (np. pomoc w sporządzaniu, dostarczaniu dokumentów, pozyskiwaniu informacji)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
nawiązywanie kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
korzystanie z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
wykonywanie czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do/z placówki oświatowej (usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi – należy dostarczyć stosowne zaświadczenie ze szkoły)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
pomoc w domu polegająca na: pisaniu pism, listów, w tym komputerowo; w zadaniach sprawiających dużą trudność odbiorcy usług przy aktywnym jego udziale w wykonywanej czynności; czytaniu prasy, książek, korespondencji; w korzystaniu z technologii (np. pomoc w wykonywaniu połączeń telefonicznych, korzystaniu z komputera); w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu (np. gry planszowe, rozwijanie pasji i zainteresowań odbiorcy usług).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
inne – proszę wskazać, jakie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE godzin/m-c
Wnioskowana łączna liczba godzin usług asystenckich w miesiącu: <i>Nie więcej niż 30h/m-c, a w uzasadnionych przypadkach nie więcej niż 60 h/m-c oraz nie więcej niż 60h łącznie dla wszystkich programów/projektów z których Uczestnik korzysta</i>	 godzin/m-c

Informacja dotycząca asystenckich usług towarzyszących

Usługi asystenckie mogą również obejmować usługi towarzyszące m.in. takie jak np. zdejmowanie odzieży wierzchniej, czynności pielęgnacyjne i higieniczne (np. pomoc w skorzystaniu z toalety), asystowanie przy przejściu odbiorcy na wózek/fotel), przygotowanie i podanie drobnego posiłku lub napoju, drobne zakupy.

Czynności towarzyszące wykonywane są wyłącznie w charakterze dodatkowym i niezbędnym w czasie trwania usługi asystenckiej (podstawowej). Czas ich realizacji nie powinien przeważać nad czasem realizacji usług podstawowych.

V. Orientacyjny harmonogram realizacji usług asystenckich

Orientacyjny harmonogram realizacji usług asystenckich

Proszę sporządzić orientacyjny harmonogram usług asystenckich w skali jednego tygodnia mając na uwadze, że usługi te mogą być świadczone od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7:00 do 22:00 i nie mogą być realizowane w czasie innych usług (np. opieki środowiskowej, pielęgniarstwa itp.)

Dni tygodnia	Godziny realizacji usług asystenckich (od – do)
Poniedziałki	w godzinach:
Wtorki	w godzinach:
Środy	w godzinach:
Czwartki	w godzinach:
Piątki	w godzinach:
Soboty	w godzinach:
Niedziele	w godzinach:

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 oraz „Regulaminem określającym zasady realizacji programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

.....
miejsowość

.....
data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług
asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Załącznik/-i*:

.....
*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz w przypadku reprezentacji osoby niepełnosprawnej - kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.