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

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021\***

1. **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 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 | [ ] TAK [ ] NIE |
| wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o znacznym/umiarkowanym[[1]](#footnote-1) stopieniu niepełnosprawności | [ ] TAK [ ] NIE |
| wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych | [ ] TAK [ ] NIE |

1. **Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy)[[2]](#footnote-2):**

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

1. **Informacje dotyczące ograniczeń osoby niepełnosprawnej**

|  |
| --- |
| **Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się***Proszę opisać ograniczenia osoby niepełnosprawnej*  |
| *Ograniczenia w komunikowaniu się:* | *Ograniczenia w poruszaniu się:* |
| *Ewentualne inne ograniczenia na które wnioskodawca pragnie zwrócić uwagę:* |

1. **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; | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c  |
| pomoc w zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika programu przy ich realizacji | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c |
| załatwianie spraw urzędowych (np. pomoc w sporządzaniu, dostarczaniu dokumentów, pozyskiwaniu informacji) | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c |
| nawiązywanie kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c |
| korzystanie z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy) | [ ] TAK [ ] 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)*** | [ ] TAK [ ] 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). | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c |
| inne – proszę wskazać, jakie:………………………………………………………………………………………………… | [ ] TAK [ ] NIE | ………… godzin/m-c |
| **Wnioskowana łączna liczba godzin usług asystenckich w miesiącu:***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*  | ……..…… **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.** |

1. **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, pielęgniarki 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”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| miejscowość |  | 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 współudziału 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.**

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego [↑](#footnote-ref-2)