Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” − edycja 2022

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022\***

**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/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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 | |
| **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?
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**

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

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:

…………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

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 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.
4. korzystam / nie korzystam\* z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.),
5. korzystam / nie korzystam\* z innych usług, finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego   
   (pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”)
6. korzystam / nie korzystam\* z usług obejmujących wsparcie analogiczne do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” w limicie ….. godzin realizowanych przez inne podmioty/instytucje i finansowane   
   z innych źródeł.
7. członek mojej rodziny …………………………………… ma ustalone prawo / nie ma ustalonego prawa na uczestnika Programu do świadczenia pielęgnacyjnego, z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, \*
8. na osobę wymagającą opieki ……………………………………. mam ustalone prawo / nie mam ustalonego prawa do świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. \*

\* *niepotrzebne skreślić*

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

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

…………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**ZAŁĄCZNIKI**

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć:

1. kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych,

2. 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.

3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..