Załącznik nr 2 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ankieta weryfikacyjna osoby ubiegającej się o przyznanie usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Powiecie Łęczyńskim

1. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie zamieszkuje samodzielnie?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeśli NIE to proszę wskazać ilość osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

	TAK	Ilość osób	NIE
z rodzicami	☐		☐
z małżonkiem	☐	n/d	☐
z dziećmi	☐	..... w tym ..... pełnoletnich	☐
z wnukami	☐	..... w tym ..... pełnoletnich	☐
z innymi osobami spokrewnionymi	☐	..... w tym ..... pełnoletnich	☐
z osobami niespokrewnionymi	☐	..... w tym ..... pełnoletnich	☐

2. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie wspólnie gospodaruje z inną osobą z niepełnosprawnością? Tak ☐/ Nie ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać:

ilość osób .....

stopień zależności/pokrewieństwa .....

stopień niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej .....

3. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie korzysta ze wsparcia:

1)w ramach pobytu w dziennych ośrodkach np. środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, Dzienny Dom Senior +, Klub Senior, Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne, inne jakie? Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać:

nazwę ośrodka.....

dni uczestnictwa .....

godziny uczestnictwa .....

2) placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy; ośrodek specjalny inne jakie? Tak ☐ / Nie ☐ Nie dotyczy ☐

Jeśli TAK, proszę wskazać:

nazwę ośrodka.....

dni uczestnictwa .....

godziny uczestnictwa .....

3) placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno– wychowawczego, internatu, bursy inne jakie? Tak ☐ / Nie ☐ Nie dotyczy ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać:

nazwę ośrodka……
dni uczestnictwa ……
godziny uczestnictwa ……

4. **Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie jest czynna zawodowo?**
Tak ☐ / Nie ☐ Nie dotyczy ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać miejsce i godziny pracy
……

5. **Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie korzysta z innych form wsparcia, w szczególności usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283)?**
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę o podanie:
nazwy Realizatora Programu……
okresu na jaki zostały przyznane: ……
limitu przyznanych godzin: ……

6. **Czy osoba ubiegająca lub opiekun osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Programie korzysta z innych form wsparcia finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego?**
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę o podanie:
nazwy Programu ……
nazwy Realizatora Programu……
okresu na jaki zostały przyznane: ……
limitu przyznanych godzin: ……

7. **Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie ma trudności :**
1) <u>w komunikowaniu się z otoczeniem w związku z dysfunkcją narządu mowy bądź słuchu?</u>
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK proszę wskazać trudności oraz narzędzia wspomagające
……
2) <u>w związku z dysfunkcją narządu wzroku, czy korzysta z psa asystującego, białej laski itp.?</u>
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK proszę wskazać trudności oraz narzędzia wspomagające
……
3) <u>w związku z dysfunkcją narządu ruchu związane z mobilnością i przemieszczaniem się?</u>
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK proszę wskazać trudności
……

8. **Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie porusza się przy użyciu sprzętów ortopedycznych w miejscu zamieszkania?** Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać:
rodzaj sprzętu i sposób poruszania się
……
……

9. **Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie porusza się przy użyciu sprzętów ortopedycznych poza miejscem zamieszkania?** Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać:
rodzaj sprzętu i sposób poruszania się
……
……

10. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie jest osobą chorą obłożnie (leżącą)?
Tak ☐ / Nie ☐

11. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie korzysta ze wsparcia członków rodziny/ innych osób ? ☐Tak ☐ / Nie ☐
Jeśli TAK, proszę wskazać czy jest to członek rodziny, osoba niespokrewniona, prywatny opiekun?
……
……

12. Czy członkowie rodziny osoby ubiegająca się o uczestnictwo w Programie zamieszkują w bezpośrednim sąsiedztwie ? ☐Tak ☐ / Nie ☐

13. Proszę wskazać największe potrzeby osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Programie?
……
……
……
……

14. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie przewiduje korzystanie z oferty kulturalnej, sportowej, rozrywkowej, społecznej itp.? Tak ☐ / Nie ☐ trudno powiedzieć ☐

15. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie przewiduje korzystanie z transportu autem asystenta/komunikacji publicznej/ transportu prywatnego? Tak ☐ / Nie ☐ trudno powiedzieć ☐

uwagi……

16. Czy osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie planuje w 2026 roku dwutygodniowy lub dłuższy wyjazd w celu poprawy stanu zdrowia (turnus rehabilitacyjny, sanatorium , planowy zabieg, planowa rehabilitacja w ośrodku lub szpitalu w formie pobytu całodobowego)
Tak ☐ / Nie ☐ Jeśli TAK, proszę wskazać długość pobytu oraz przewidywany termin
……

17. Informacje dodatkowe:
……
……
……

……
(Miejscowość, data, czytelny podpis)

Uwagi Realizatora przyjmującego ankietę :
……
……
……
……

……
(podpis przyjmującego)