*Załącznik nr 1*

 *do Regulaminu realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej*

 *przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli*

 ** **

**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU NR ……**

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

1. **Dane uczestnika Programu**

Nazwisko i imię uczestnika Programu : ……………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia: …………………………………………….

Adres zamieszkania: Stalowa Wola ul. …………..…………………………………………..…

Telefon: ……………………………………………..………

E-mail: ………………………………………………………

**□** 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;

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

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

**Oczekiwania dotyczące zakresu usług asystenckich** - *należy zaznaczyć właściwe oraz wskazać czas, częstotliwość, miejsce:*

□ nauka orientacji przestrzennej w mieście oraz w korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej

.......................................................................................................................................................................

□ towarzyszenie w wyjściu do, pobycie, powrocie oraz dojazdach w wybrane miejsca (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe)

.......................................................................................................................................................................

□ towarzyszenie podczas robienia zakupów pod warunkiem aktywnego w nich udziału uczestnika Programu (*asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze jednorazowo: do 5 kg*)

.......................................................................................................................................................................

□ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych (np.: dotarcie z uczestnikiem Programu do urzędu/banku
 i dyskretna pomoc w kontaktach z urzędem/bankiem);

.......................................................................................................................................................................

□ pomoc w nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami:

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

□ towarzyszenie w wyjściu, pobycie, powrocie oraz dojazdach do miejsc kultury: muzeum, teatr, kino, koncert, itp.

.......................................................................................................................................................................

□ towarzyszenie przy korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i in. (*udział asystenta w treningach i zajęciach sportowych możliwy jest tylko po uzgodnieniu z trenerem /instruktorem*)

.......................................................................................................................................................................

□ pomoc w czynnościach dnia codziennego, w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, także w zaprowadzaniu dzieci do lub przyprowadzaniu z placówki oświatowej (*usługa asystenta na terenie szkoły* *może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi*)

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

Inne, nie wymienione wyżej usługi w zakresie:

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

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

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

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

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ………………………………………

Telefon:…………………………….. E-mail:……………………………….

Stalowa Wola data ………………. ..……………………………………..…………

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli

Ponadto oświadczam, że:

 korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze: …………………………… (miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów);

 nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł;

 korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

Proszę wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi:

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

 nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

W celu sprawowania opieki nad uczestnikiem Programu zostało przyznane świadczenie pielęgnacyjne.

TAK/NIE\*

**Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli o zaistnieniu zmian dotyczących wyżej wymienionej sytuacji.**

 \*niewłaściwe skreślić

 ……………………………………………………

 podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

 (Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

**Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**

*\*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.*