**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 ( zaznaczyć właściwe):

☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

☐ dysfunkcja narządu wzroku,

☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

11. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **w miejscu** **zamieszkania ☐**  | ☐ samodzielnie  | ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.  | ☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |
| **poza miejscem zamieszkania** ☐ |  ☐ samodzielnie  |  ☐ z pomocą sprzętów  ortopedycznych itp.  | ☐ 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: Kobieta **☐** Mężczyzna **☐** 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 kompetentny(a), aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (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 (*np. MOPS, prywatnie opłaca*

*osoba itp.) …………………………………..…………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. Jeśli wymienione zostały formy wsparcia proszę wskazać z których form pomocy jest Pan(i)
 zadowolony (a)/niezadowolony(a), czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie
 korzysta? ……………………………………………………………………………………….…….

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

**V. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO** *–* jeśli dotyczy

Imię: ....................................................................................................

Nazwisko: ...........................................................................................

Adres zamieszkania: ...........................................................................

Numer telefonu kontaktowego: ..........................................................

Stalowa Wola dn. ………………. ……………………………………………

 (czytelny podpis uczestnika Programu/

 opiekuna prawnego)

**VI. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Monitoring Programu realizowany będzie bezpośrednio w miejscu realizacji usługi asystencji osobistej, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.
2. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.
3. 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).
4. Zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią:
5. Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022;
6. Regulaminu realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”- edycja 2022;
7. Klauzulą informacyjną Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” - edycja 2022;
8. Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022;

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

 (Podpis uczestnika Programu/

 opiekuna prawnego)

***\**** *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 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;*
2. *Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022 (Załącznik Nr 3 do Regulaminu);*

**VI. ADNOTACJA KIEROWNIKA DZIAŁU USŁUG MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W STALOWEJ WOLI**

Na podstawie przedłożonej dokumentacji potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

Stalowa Wola dn. …………………… …………………………………….

 ( pieczątka i podpis osoby uprawnionej)