***WZÓR***

*Nr karty (nadaje MOPS) ………………………………………*

*Nazwa organizacji świadczącej usługę ……………………………………………………………………………………..*

**Karta zgłoszenia do Programu**

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

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………..

2. PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..…………………………..

4. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

5. Adres e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………….

7. Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

9. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

10. Grupa/stopień niepełnosprawności: ………………………………………………………………………………………………………………………

11. 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[ ] ,

12. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

13. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu**[x]  | 1) samodzielnie[ ]   | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [x]  | 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[ ]  |

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**[ ] **/Nie**[ ]

15. 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 formy 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 zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

\* Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną, ewentualnie wyrok sądu o ubezwłasnowolnieniu.