**Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością**

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROGRAMU** | | | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | | |
| **Adres zamieszkania** | | Ulica |  | |
| Nr domu/ lokalu | / | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Województwo |  | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | |
| **Email kontaktowy** | |  | | |
| **Data urodzenia** | |  | | |
| **Czy jesteś osobą pracującą** | | Tak Nie | | |
| **Czy na co dzień ma Pan/Pani wsparcie *(np. członka rodziny)*** | | Tak Nie | | |
| **Stopień niepełnosprawności** | | Lekki Umiarkowany Znaczny | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć wszystkie prawidłowe)** | | **01-U** – niepełnosprawność intelektualna  **02-P** – choroby psychiczne  **03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **04-O** – choroby narządu wzroku  **05-R** – upośledzenie narządu ruchu  **06-E** – epilepsja  **07-S** – choroby układu oddechowego i krążenia  **08-T** – choroby układu pokarmowego  **09-M** – choroby układu moczowo-płciowego  **10-N** – choroby neurologiczne  **11-I** – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego  **12-C** – całościowe zaburzenia rozwojowe | | |
| **OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA OSOBISTEGO** | | | | |
| **Płeć** | |  | | |
| **Wiek** | |  | | |
| **Ilość godzin wsparcia** | |  | | |
| **Pory dnia kiedy będzie potrzebne wsparcie** | |  | | |
| **Jakie wsparcie jest Pani/Panu potrzebne w miejscu zamieszkania** | | -  -  -  -  - | | |
| **Jakie wsparcie jest Pani/Panu potrzebne w aktywizacji społecznej** | | -  -  -  -  - | | |
| **Imię i Nazwisko osoby asystenckiej *(jeśli jest wybrana)*** | |  | | |
| **INNE FORMY OTRZYMYWANEJ OBECNIE POMOCY** | | | | |
| **Czy korzysta Pani/Pan obecnie z innych form wsparcia? *(np. prywatnie opłacana osoba, z innego projektu itp.)*** | | **Realizator Programu** | **Ilość godzin wsparcia** | **Okres realizacji** |
|  |  |  |
| **Podpis osoby zgłaszającej się do programu** | **Data** |  | **Czytelny podpis** |  |
| **Zatwierdzenie przez koordynatora programu** | **Data** |  | **Czytelny podpis** |  |

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
3. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że poinformowano mnie o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON i równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym ze środków PFRON.
5. 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.
6. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze, a także specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.
7. W przypadku wskazania osoby asystenta oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

………………………………… ……………………………………………..

Data Podpis

Oświadczam, że zapoznałem się z zapisami w „Regulamin zasad i warunków uczestnictwa w projekcie dla Beneficjentów i Asystentów” i akceptuję ich treść.

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

(miejscowość, data) (podpis)