**Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością**

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROGRAMU** | | | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | | |
| **Adres zamieszkania** | |  | | |
| **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** | |  | | |
| **Czy występuje niepełnosprawność sprzężona** | | Tak Nie | | |
| **OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA OSOBISTEGO** | | | | |
| **Płeć** | |  | | |
| **Wiek** | |  | | |
| **Ilość godzin wsparcia** | |  | | |
| **Pory dnia kiedy będzie potrzebne wsparcie** | |  | | |
| **Czynności w jakich potrzebne będzie wsparcie** | | -  -  -  -  -  -  -  - | | |
| **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. 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.
3. 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.
4. W przypadku wskazania osoby asystenta oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

………………………………… ……………………………………………..

Data Podpis

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

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

(miejscowość, data) (podpis)