****

*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

*realizacji Programu*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022”*

*przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie*

**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:

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

2) dysfunkcja narządu wzroku[x] ,

3) zaburzenia psychiczne[x] ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym[x] ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu[x] ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne[x] ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu**[x]  | 1) samodzielnie[x]   | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [x]  | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych[x]   |
| **Poza miejscem** [x] **zamieszkania**  | 1) samodzielnie[x]   | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [x]  | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych[x]  |  |

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ……………………………………………………………………………………………………………

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak**[x] **/Nie**[x]
3. czynności pielęgnacyjne **Tak**[x] **/Nie**[x]
4. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[x] **/Nie**[x]
5. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[x] **/Nie**[x]
6. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**[x] **/Nie**[x]

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

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**[x] **/Nie**[x]

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**[x] **/Nie**[x]
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form 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 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).
3. 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.