Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”– 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:

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

   b. dysfunkcja narządu wzroku ☐,

   c. zaburzenia psychiczne ☐,

   d. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,

   e. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,

   f. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ……..

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	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 ☐

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?
    1) czynności samoobsługowe **Tak ☐/Nie ☐**
    2) czynności pielęgnacyjne **Tak ☐/Nie ☐**
    3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak ☐/Nie ☐**
    4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak ☐/Nie ☐**
    5) 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 asystencji osobistej 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. U. 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 z niepełnosprawnościami" – edycja 2022.
4. Oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wykorzystanie wizerunku na potrzeby potwierdzenia wykonania usług asystenta osobistego w postaci nagrań wideo i zdjęć dokumentujących świadczenie tych usług przez asystenta.
5. Oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Stowarzyszenie BRUNO wizerunku mojej osoby / mojego dziecka korzystającej/-ego z usług asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" poprzez umieszczanie zdjęć/nagrań na stronach internetowych oraz profilach społecznościowych w celach informacji i promocji działań Stowarzyszenia.

Miejscowość ……., data …….

……
(*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

…….

(*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi 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.