



## **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 mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – 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 ,
10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....
11. Czy porusza się Pan(i):

#### **W domu**

- 1) samodzielnie
- 2) z pomocą sprzętu ortopedycznego itp.
- 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

#### **Poza miejscem zamieszkania**

- 1) samodzielnie
- 2) z pomocą sprzętu ortopedycznego 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?

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



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

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 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.

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022  
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.