

# 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*)
- 2) dysfunkcja narządu wzroku
- 3) zaburzenia psychiczne
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

10. 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

11. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** /**Nie**

12. 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**



## 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 2018r. 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 wskazaniem: 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.

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO KARTY ZGŁOSZENIA

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

|  | ZAŁĄCZNIK | DOŁĄCZONO | UZUPEŁNIONO<br>(DATA) |
|--|-----------|-----------|-----------------------|
|--|-----------|-----------|-----------------------|

### ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 1. | Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności    |  |  |
| 2. | Ankieta potrzeb z zakresem czynności – załącznik nr 1 |  |  |
| 3. | Podpisana klauzula informacyjna – załącznik nr 2      |  |  |
| 4. | Podpisana klauzula informacyjna – załącznik nr 3      |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 5. | Oświadczenie o wskazaniu asystenta - załącznik nr 4 |  |  |
|    |   |  |  |
|    |   |  |  |