Załącznik nr 1 do kontraktu trójstronnego

**Karta zgłoszenia do Projektu**

**„Usługi asystencji osobistej osób niepełnosprawnych”– realizowanego przez Stowarzyszenie „Zintegrowani”\***

**I. Dane uczestnika Projektu:**

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,

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?
2. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
3. czynności pielęgnacyjne **Tak/Nie**
4. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak/Nie**
5. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
6. 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 Projektu „Usługi asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej” – realizowanego prze Stowarzyszenie „Zintegrowani”. (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 Projektu „Usługi asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej” – realizowanego przez Stowarzyszenie „Zintegrowani”, współfinansowanego przez PFRON.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Projektu „Usługi asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej” – realizowanego przez Stowarzyszenie „ Zintegrowani” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi do wyżej wymienionych.