

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i świadczenia usług w ramach Projektu pn. „Działamy razem” – Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnościami – szansa na niezależne życie

Karta zgłoszenia do Programu „Działamy razem” Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnościami - szansa na niezależne życie”

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Inna osoba do kontaktu (nr telefonu)
5. Data urodzenia:
6. Nr PESEL.....
7. Grupa/stopień/symbol niepełnosprawności:

W przypadku orzeczenia z ZUS proszę wpisać przyczynę niepełnosprawności :

.....

8. Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe X)

- Orzeczenie o niepełnosprawności
- Lekki stopień niepełnosprawności
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- Znaczny stopień niepełnosprawności

9. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe X):

- Autyzm
- Choroby psychiczne
- Narząd ruchu
- Narząd słuchu
- Narząd wzroku
- Niepełnosprawność sprzężona
- Ogólny stan zdrowia
- Inne przyczyny

10. Wykształcenie (zaznaczyć właściwe X):

- Przed obowiązkiem szkolnym
- Zajęcia rewalidacyjne
- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne

- Zawodowe
- Średnie
- Policealne
- Wyższe

11. Zatrudnienie (zaznaczyć właściwe X):

- Nieaktywny zawodowo
- Poszukujący pracy niezatrudniony
- Poszukujący pracy zatrudniony
- Bezrobotny
- Zatrudniony w ZAZ
- Zatrudniony w ZPCH
- Zatrudniony na otwartym rynku pracy
- Nie dotyczy

12. Rejestracja w PUP (zaznaczyć właściwe X):

- Zarejestrowany
- Nie zarejestrowany

13. Uczestnictwo w WTZ (zaznaczyć właściwe X):

- Absolwent WTZ
- Nie był w WTZ
- Obecny uczestnik WTZ

14. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

16. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

II. ŚRODOWISKO:

1. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak** / **Nie**

2. Czy może Pan(i) liczyć na wsparcie osób bliskich (rodziny/przyjaciół/sąsiadów)? – **Tak** / **Nie**

3. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....

.....

.....

.....

III. 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, fundacja, stowarzyszenie, 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?

.....

.....

3. Czy obecnie korzysta Pan(i) z innych form wsparcia? Tak /Nie

.....

Jeżeli Tak, proszę o podanie:

a. limitu przyznanych godzin:

b. limitu wykorzystanych godzin:

c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:

.....

IV. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Rekrutacji i świadczenia usług w ramach projektu pn. „Działamy razem” – Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnościami – szansa na niezależne życie.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł.

Stowarzyszenie Dom Pod Orzechami

adres:

ul. Głogowska 30

59-170 Przemków

NIP: 5020118724

Dom pod **orzechami**

*Do Karty zgłoszenia do Projektu pn. „Działamy razem” – Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnościami – szansa na niezależne życie należy dołączyć **kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku 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.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

DIAGNOZA POTRZEB

1. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....
.....

2. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć(zaznaczyć X):

- wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania: wsparcie w wyjściu, powrocie oraz dojazdach w wybrane przez Beneficjenta ostatecznego miejsce (np. dom, praca, szkoła, lekarz, urzędy, znajomi), asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, pchanie wózka Beneficjenta ostatecznego,
- transport Beneficjenta ostatecznego samochodem asystenta osobistego, OzN lub członka jego rodziny- koszt transportu pokrywa Beneficjent ostateczny,
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniewidomym,
- wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności Beneficjenta ostatecznego,
- pomoc w robieniu zakupów (towarzyszenie Beneficjentowi ostatecznemu w sklepie- asystent osobisty może pomóc w przyniesieniu zakupów o wadze do 5 kg jednorazowo) ,
- wsparcie towarzyszące w czynnościach samoobsługowych, utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych (np. kąpiel, obcinanie paznokci, zapobieganie powstawania odleżyn i odpażeń, przygotowanie posiłków [w przypadku samodzielnego zamieszkania], spożywanie posiłków, zmiana pościeli),
- pomoc w zmianie ubioru i pozycji, np. w miejscu zamieszkania, podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, pobytu na pływalni,
- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się,
- pomoc w obsłudze komputera, telefonu i innych urządzeń i przedmiotów służących do komunikacji,
- pomoc w nauce lub odrabianiu lekcji,
- wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie (m.in. sprzątaniu mieszkania, wynoszeniu śmieci, myciu okien max. 2 razy w trakcie trwania usługi (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania),
- wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych (np. rozmowie z urzędnikiem, wypełnianiu formularzy),
- wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (m.in. wsparcie i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury, miejsc kultu religijnego, restauracji, z zajęć sportowych i obiektów sportowych [przy czym udział asystenta osobistego w treningach i zajęciach sportowych, możliwy jest tylko po uzgodnieniu i pod nadzorem trenera/instruktora], wyjście na spacer),

- czytanie prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego czytania,
- pomoc w pisaniu pism osobom niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego, czy komputerowego,
- zaprowadzanie dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki edukacyjnej / na zajęcia dodatkowe lub przyprawdzania go z niej,

OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

Płeć:

Wiek:.....

Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

Czy wskazuje Pan (i) asystenta? Tak / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko nr telefonu kontaktowego

.....

Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak****/Nie**

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis Koordynatora projektu/Specjalisty ds. realizacji usługi)