



Załącznik nr 3a do regulaminu określającego warunki przyznawania i zasady odpłatności za usługi asystenckie oraz usługi opieki wytchnieniowej projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”

Karta zgłoszenia do projektu pn.: „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” (dotyczy wsparcia w formie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
.....
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Czy dla uczestnika Projektu ustanowiony został opiekun prawny

Tak ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

8. 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 powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

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?

.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? –

Tak ☐ / **Nie** ☐

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

2. Ile godzin wsparcia asystenta miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....
.....
III. 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 zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Projektu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów”
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej w ramach Projektu 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 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków publicznych oraz środków Funduszy Europejskich.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)

*Do Karty zgłoszenia do Projektu „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - 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.