*Nr Deklaracji Udziału PCPR.VI.3022.401……..2022*

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022**

**I. DANE UCZESTNIKA (osoby niepełnosprawnej):**

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 wyżej niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną (podać numer): ……………………

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**[ ]
7. inne: …………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………….…………………………………………………………………………………………………………… …………………………………….………………………………………………………………………………………………

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

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

1. Na swojego Asystenta wskazuję (imię i nazwisko oraz nr telefonu): …………………………………………………………………………

………………………………………. oraz złożę pisemne oświadczenie, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany
do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

1a. Jeśli nie wskazuje Pan(i) konkretnej osoby prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

Płeć: ………………………….

Wiek: …………………………………

Inne (np.: zainteresowania, posiadane umiejętności): ….……………………………………….………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………

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

2. W jakich czynnościach będzie Panu/Pani pomagał asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

4. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne? …………………………………………

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”? **Tak**[ ]  **Nie**[ ]
2. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**[ ]  **Nie**[ ]

Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych (np. PCPR, MOPS, prywatnie opłacana osoba itp.) jeśli wymienione zostaną formy wsparcia proszę dopisać: zadowolony/niezadowolony oraz czy w dalszym ciągu
z nich Pan(i) korzysta lub dlaczego Pan(i) nie korzysta? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V. 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 będą 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.

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

..……………………………………………………………………….…….

(czytelny podpis uczestnika Programu\*\* lub opiekuna prawnego\*\*\*)

\* Do Deklaracji Udziału w Programie „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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

\*\* W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez osobę niepełnosprawną na Deklaracji Udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, należy uczynić **tuszowy odcisk palca** osoby niepełnosprawnej. Obok tego odcisku opiekun/rodzic wypisuje imię i nazwisko osoby czyniącej odcisk oraz jednocześnie obok umieszcza swój czytelny podpis.

\*\*\* Do Deklaracji Udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (w przypadku pełnoletniego uczestnika Programu) należy dołączyć kserokopię dokumentu **potwierdzającego prawną opiekę** nad uczestnikiem.