

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

1. Nazwisko i imię/ Pesel						
2. Adres/ miejsca zamieszkania						
3. Adres pobytu (jeśli inny)						
	☐ Miasto ☐ Wieś					
4. Telefon i/lub e-mail						
5. Niepełnosprawność (stopień)	☐ Znaczny		☐ Umiarkowany		Data ważności orzeczenia:	
6. Rodzaj niepełnosprawności	☐ narządu ruchu*/wózek inw.*		☐ Autyzm		☐ Upośledzenie umysłowe	
	☐ narządu słuchu		☐ Epilepsja		☐ Niepełnosprawność sprzężona	
	☐ narządu wzroku		☐ Choroba psychiczna		☐ Inne:	
7. Aktywność zawodowa	☐ zarejestrowany w PUP jako bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo				☐ własna działalność gospodarcza	
	☐ nie zarejestrowany w PUP jako bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo				☐ zatrudniony	
8. Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐ Samodzielnie ☐ Z rodziną					
	☐ Z innym niepełnosprawnym członkiem rodziny					
9. Sytuacja materialna	☐ dobra		☐ przeciętna		☐ zła ☐ bardzo zła	
10. Ilość postulowanych godzin usług średnio w miesiącu	☐ do 10 godz.		☐ do 15 godz.		☐ do 20 godz.	
	☐ do 25 godz.		☐ do 30 godz.		☐ powyżej 30 godz.	
(zaznacz wnioskowaną liczbę godzin usług asystenckich średnio w miesiącu)						
11. Zaznacz wnioskowany zakres/ rodzaj usług asystenckich						
☐ towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robieniu zakupów, zaspakajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji, itp.			☐ pomoc w przemieszczaniu się w miejscu np.: pracy, nauki, rehabilitacji, terapii, leczenia, odbywania się kursów, szkoleń, kultu religijnego, itp.			☐ inne, jakie?
12. Potrzeba usług w porze nocnej i/ lub w dni ustawowo wolne od pracy ☐ TAK ☐ NIE						
13. Aktywność społeczna – jaka?						
14. Uczestnictwo w WTZ						
☐ Absolwenci WTZ ☐ Nie byli w WTZ ☐ Uczestnicy WTZ						
15. Wykształcenie	☐ Przed obowiązkiem szkolnym ☐ Zajęcia rewalidacyjne ☐ Niepełne podstawowe ☐ Podstawowe			☐ Gimnazjalne ☐ Zawodowe ☐ Średnie/ Policealne ☐ Wyższe		
16. Pobierana nauka/ szkolenia/ studia, itp. Tak ☐ Nie ☐						
17. Uzasadnij potrzebę realizacji usług – opisz bariery utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie – jakie?						
Oświadczenia	Osoba ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000 z późn. zm.).					
Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia						