**KARTA ZGŁOSZENIA MAŁOLETNIEJ/GO DO PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”– EDYCJA 2022”**

1. **DANE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA \*:**

Imię i nazwisko: ....................................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................

Dane do kontaktu : Numer telefonu: .................................................................................................

Adres e-mail ……………………….…………………………………………..

**DANE MAŁOLETNIEGO - UCZESTNIKA PROGRAMU:**

1. Imię i nazwisko: ………………………………...................................................…….………..…

2. Adres: ………….…...................…….................………...................................................................

3. Data urodzenia …………………………………..

4. Telefon kontaktowy: …………..…………………

5. Nazwa i adres placówki oświatowej do której/jeśli uczęszcza …………………………………

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

6. Grupa/stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):………………………………………………

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

7. Jaki jest rodzaj niepełnosprawności ( zaznaczyć właściwe):

☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe;   
 stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)\*,

☐ dysfunkcja narządu wzroku,

☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

7. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

8. Jaki jest sposób poruszania się :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **w miejscu**  **zamieszkania ☐** | ☐ samodzielnie | | ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | ☐ nie porusza się samodzielnie ani  z pomocą sprzętów ortopedycznych | |
| **poza miejscem zamieszkania** ☐ | | ☐ samodzielnie | ☐ z pomocą sprzętów   ortopedycznych itp. | ☐ nie porusza się samodzielnie ani  z pomocą sprzętów ortopedycznych |  |

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

10. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak ☐ / Nie ☐**
3. czynności pielęgnacyjne **Tak ☐ / Nie ☐**
4. w 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. innych czynnościach życia i funkcjonowania społecznego –wymienić jakich: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANE FORMY WSPARCIA:**

1. Czy do tej pory małoletni/nia korzystał(a) z innych form wsparcia? **Tak ☐ / Nie ☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych (*np. MGOPS, placówka oświatowa, ośrodki wsparcia, prywatnie opłacana* *osoba, itp.) ………………………………..…… ……………………….………………………………………………………………………………..………*

3.Jeśli wymienione zostały formy wsparcia proszę wskazać które formy spełniały oczekiwania,   
 czy w dalszym ciągu małoletni/nia z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta? ………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

Prosimy o określenie cech asystenta, które byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ 2. Wiek: ……………………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….………………………………

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc asystent? Czego się od niego oczekuje?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie potrzebne?

…………………………………………………………………………………………………………

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny(a), aby przeszkolić asystenta do wykonywania

dla syna/córki usług asystencji osobistej? Tak ☐ / Nie ☐

Ropczyce dn. ………………. ……………………………………………

(czytelny podpis uczestnika Programu/

opiekuna prawnego)

**IV. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Monitoring Programu realizowany będzie bezpośrednio w miejscu realizacji usługi asystencji osobistej, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.
2. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być 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 Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9, finansowane z innych źródeł.
3. 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).
4. Zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią:
5. Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022;
6. Regulaminu realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”- edycja 2022;
7. Klauzulą informacyjną Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” - edycja 2022;
8. Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022;

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

(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

***\**** *Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć:*

1. *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;*
2. *Oświadczenie rodzica/opiekuna osoby małoletniej - uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022 (Załącznik Nr 3 do Regulaminu);*

**ADNOTACJA KIEROWNIKA MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ROPCZYCACH**

Na podstawie przedłożonej dokumentacji potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

Ropczyce dn. …………………… …………………………………….

( pieczątka i podpis osoby uprawnionej)

*\*Zaznaczyć właściwe*