

WNIOSEK PEŁNOLETNIEJ NIEPEŁNOSPRAWNEJ OSOBY NA USŁUGI ASYSTENCKIE REALIZOWANE PRZEZ FUNDACJĘ FUGA MUNDI

(Prosimy wypełniać drukowanymi literami)

1. Nazwisko i imię						
2. Adres zameldowania						
3. Adres pobytu (jeśli inny)						
4. Telefon i/lub e-mail						
5. PESEL	PESEL				Adnotacje	
6. Niepełnosprawność (stopień)	<input type="checkbox"/> Znaczny		<input type="checkbox"/> Umiarkowany		Data ważności orzeczenia:	
7. Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Narząd ruchu		<input type="checkbox"/> Narząd słuchu/ mowy		<input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe	
	<input type="checkbox"/> Narząd ruchu - wózek inwal.		<input type="checkbox"/> Epilepsja		<input type="checkbox"/> Układ krążenia	
	<input type="checkbox"/> Narząd wzroku		<input type="checkbox"/> Choroba psychiczna		<input type="checkbox"/> Inne:	
8. Kwalifikacje zawodowe	Wyczynony zawód:			Posiadane wykształcenie:		
9. Aktywność zawodowa	<input type="checkbox"/> Własna działalność gospodarcza			Nazwa zakładu pracy:		
	<input type="checkbox"/> Zatrudniony					
	<input type="checkbox"/> Bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo					
10. Prowadzenie gosp. domow.	<input type="checkbox"/> Samodzielnie		<input type="checkbox"/> Z rodziną			
	<input type="checkbox"/> Z innym niepełnosprawnym członkiem rodziny					
11. Uczestnictwo w WTZ, ŚDS	NIE	TAK	Nazwa i adres instytucji:			
12. Aktywność społeczna	NIE	TAK	Rodzaj aktywności:			
13. Pobierana nauka /studia, kursy/ inne, jakie:	NIE	TAK	Nazwa Szkoły/Uczelni:			
14. Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny w PLN	<input type="checkbox"/> do 1.000,00		<input type="checkbox"/> pomiędzy: 1.000,00 – 2.000,00		<input type="checkbox"/> pomiędzy: 2.000,00- 3.000,00	
					<input type="checkbox"/> powyżej 3.000,00	
	<input type="checkbox"/> do 10 godz.		<input type="checkbox"/> do 15 godz.		<input type="checkbox"/> do 20 godz.	
					<input type="checkbox"/> do 25 godz.	
15. Ilość postulowanych godzin usług średnio w miesiącu					<input type="checkbox"/> do 30 godz.	
					<input type="checkbox"/> powyżej 30 godz.	
(zaznacz wnioskowaną liczbę godzin usług asystenckich średnio w miesiącu)						
16. Zaznacz odpowiedni zakres usług asystenckich						
<input type="checkbox"/> towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robieniu zakupów, zaspakajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji		<input type="checkbox"/> pomoc w przemieszczaniu się osoby niepełnosprawnej w miejsca np.: pracy, nauki, rehabilitacji, terapii i leczenia, odbywania się kursów, szkoleń, kultu religijnego			<input type="checkbox"/> wspieranie w uzyskiwaniu pomocy w ramach dostępnych w Lublinie świadczeń dla osób niepełnosprawnych	
17. Korzystanie z usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i/ lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi określonymi w ustawie o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE						
18. Potrzeba usług w porze nocnej i/ lub w dni ustawowo wolne od pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE						
19. Uzasadnij potrzebę realizacji usług:						
20. Oświadczenia						
1. Oświadczam, że podpisując zgłoszenie wyrażam jednocześnie zgodę na przetwarzanie danych osobowych w nim zawartych dla potrzeb związanych z realizacją usług, w tym z związanych z rekrutacją oraz sprawozdawczością, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych, z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).						
2. Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.						
Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia						