

# KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”

1. Nazwisko i imię/ Pesel						
2. Adres/ miejsca zamieszkania						
3. Adres pobytu (jeśli inny)						
	<input type="checkbox"/> <b>Miasto</b> <input type="checkbox"/> <b>Wieś</b>					
4. Telefon i/lub e-mail						
5. Niepełnosprawność (stopień)	<input type="checkbox"/> <b>Znaczny</b>		<input type="checkbox"/> <b>Umiarkowany</b>		Data ważności orzeczenia:	
	<input type="checkbox"/> narządu ruchu*/wózek inw.*		<input type="checkbox"/> Autyzm		<input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe	
6. Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> narządu słuchu		<input type="checkbox"/> Epilepsja		<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona	
	<input type="checkbox"/> narządu wzroku		<input type="checkbox"/> Choroba psychiczna		<input type="checkbox"/> Inne:	
7. Aktywność zawodowa	<input type="checkbox"/> <b>zarejestrowany w PUP</b> jako bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo				<input type="checkbox"/> własna działalność gospodarcza	
	<input type="checkbox"/> <b>nie zarejestrowany w PUP</b> jako bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo				<input type="checkbox"/> zatrudniony	
8. Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> Samodzielnie		<input type="checkbox"/> Z rodziną			
	<input type="checkbox"/> Z innym niepełnosprawnym członkiem rodziny					
9. Sytuacja materialna (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.	<input type="checkbox"/> do 30 godz.	<input type="checkbox"/> powyżej 30 godz.
10. Ilość postulowanych godzin usług średnio w miesiącu	(zaznacz wnioskowaną liczbę godzin usług asystenckich średnio w miesiącu)					
11. Zaznacz wnioskowany zakres/ rodzaj usług asystenckich						
<input type="checkbox"/> towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robieniu zakupów, zaspakajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji, itp.		<input type="checkbox"/> pomoc w przemieszczaniu się w miejsca np.: pracy, nauki, rehabilitacji, terapii, leczenia, odbywania się kursów, szkoleń, kultu religijnego, itp.			<input type="checkbox"/> inne, jakie?	
12. Potrzeba usług w porze nocnej i/ lub w dni ustawowo wolne od pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE						
13. Aktywność społeczna – jaka?						
14. Uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> Absolwenci WTZ <input type="checkbox"/> Nie byli w WTZ <input type="checkbox"/> Uczestnicy WTZ						
15. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>Przed obowiązkiem szkolnym</b> <input type="checkbox"/> <b>Zajęcia rewalidacyjne</b> <input type="checkbox"/> <b>Niepełne podstawowe</b> <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b>			<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> <input type="checkbox"/> <b>Zawodowe</b> <input type="checkbox"/> <b>Średnie/ Policealne</b> <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b>		
	16. Uzasadnij potrzebę realizacji usług – opisz bariery utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie – jakie?					
Oświadczenia	<small>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.).</small>					
Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia						