

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”

1. Nazwisko i imię/ Pesel					
2. Adres/ miejsca zamieszkania					
3. Adres pobytu (jeśli inny)					
	<input type="checkbox"/> Miasto		<input type="checkbox"/> Wieś		
4. Telefon i/lub e-mail					
5. Niepełnosprawność (stopień)	<input type="checkbox"/> Znaczny		<input type="checkbox"/> Umiarkowany		Data ważności orzeczenia:
6. Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> narządu ruchu*/wózek inw.*		<input type="checkbox"/> Autyzm		<input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe
	<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"/> zarejestrowany w PUP jako bezrobotny i/lub nieaktywny zawodowo			<input type="checkbox"/> własna działalność gospodarcza	
	<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany w PUP 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	<input type="checkbox"/> dobra		<input type="checkbox"/> przeciętna		<input type="checkbox"/> zła
	<input type="checkbox"/> bardzo zła				
10. Ilość postulowanych godzin usług średnio w miesiącu	<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.				
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"/> Przed obowiązkiem szkolnym			<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	
	<input type="checkbox"/> Zajęcia rewalidacyjne			<input type="checkbox"/> Zawodowe	
	<input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe			<input type="checkbox"/> Średnie/ Policealne	
	<input type="checkbox"/> Podstawowe			<input type="checkbox"/> Wyższe	
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					