

WNIOSEK RODZICA/ OPIEKUNA**NA USŁUGI ASYSTENCKIE DLA DZIECKA DO 18 ROKU ŻYCIA REALIZOWANE PRZEZ FUNDACJĘ FUGA MUNDI****(Prosimy wypełniać drukowanymi literami)**

1. Nazwisko i imię rodzica							
2. Adres zameldowania rodzica							
3. Adres pobytu (jeśli inny)							
4. Telefon i/lub e-mail							
5. PESEL rodzica	PESEL	Adnotacje					
6. Orzeczona niepełnosprawność dziecka	<input type="checkbox"/> TAK	Data ważności orzeczenia:					
7. Nazwisko i imię oraz PESEL dziecka		PESEL					
8. Adres pobytu dziecka							
9. Rodzaj niepełnosprawności dziecka	<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:			
10. Prowadzenie gosp. domowego przez rodziców	<input type="checkbox"/> samotnie		<input type="checkbox"/> z rodziną				
	<input type="checkbox"/> z innym niepełnosprawnym członkiem rodziny						
11. Aktywność zawodowa rodziców	TAK	NIE	<input type="checkbox"/> jednego rodzica		<input type="checkbox"/> obojga rodziców		
12. Aktywność społeczna rodziców	TAK	NIE	Rodzaj aktywności:				
13. Aktywność społeczna dziecka	TAK	NIE	Rodzaj aktywności: (np. przedszkole, rehabilitacja, zajęcia pozalekcyjne, itp.)				
14. Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny w PLN	<input type="checkbox"/> do 500,00		<input type="checkbox"/> pomiędzy: 500,00 - 1.000,00		<input type="checkbox"/> pomiędzy: 1.000,00 - 1.500,00		
	<input type="checkbox"/> powyżej 1.500,00						
	<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.	
	(zaznacz wnioskowaną liczbę godzin usług asystenckich średnio w miesiącu)						
16. Zaznacz odpowiedni zakres usług asystenckich dla dziecka do 18 roku życia							
<input type="checkbox"/> pomoc w dowozie np. do miejsc świadczenia terapii i rehabilitacji, zajęć pozalekcyjnych, hobbystycznych, itp.		<input type="checkbox"/> towarzyszenie, opieka w miejscach np.: świadczenia terapii i rehabilitacji, zajęć pozalekcyjnych, hobbystycznych, itp.			<input type="checkbox"/> innych (jakich?)		
17. Korzystanie ze świadczenia pielęgnacyjnego na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
19. Potrzeba usług w porze nocnej i/ lub w dni ustawowo wolne od pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
20. Inne uwagi:							
19. Uzasadnij potrzebę realizacji usług dla dziecka:							
20. Oświadczenia	<p>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.).</p> <p>2. Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.</p>						
Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia							