**WYWIAD**

**dotyczący sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się
o wsparcie w ramach programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” –**

**edycja 2020-2021, realizacja 2021 r. współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Nazwisko i imię..................................................................................................................................................
Adres zamieszkania ...........................................................................................................................................

1. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?

□ Tak

□ Nie, za pomocą: □ kul □ wózka inwalidzkiego □ balkoniku
 □ inne (jakie?)............................................................................................................

2. Czy korzysta Pani/Pan z usług opiekuńczych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej?

□Tak, jak często? .........................................................................................................................................

□Nie

3. Czy korzysta Pani/Pan z usług opiekuńczych lub innych specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez innych Realizatorów?

□Tak, jak często? .............................................................................................................................................

□Nie

4. Czy korzysta Pani/Pan z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej/asystenta osoby niepełnosprawnej świadczonych przez innego realizatora?

□ Tak, jak często? ..............................................................................................................................................

□ Nie

5. Dane:

□ przedstawiciela ustawowego □ opiekuna prawnego □ pełnomocnika dla osoby niepełnoletniej/ubezwłasnowolnionej (jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.................................................. Nr telefonu...........................................
Adres zamieszkania.......................................................................................................

6. Czy wskazuje Pan/Pani osobę do świadczenia usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej - wskazana osoba nie może być osobą współzamieszkującą z Osobą Niepełnosprawną (jeśli dotyczy):

□Tak

□Nie

Dane osoby wskazanej przez Osobę Niepełnosprawną lub jego/jej Opiekuna Prawnego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko.................................................................... Nr telefonu..............................................
Adres zamieszkania..............................................................................................................................

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021.

…………………………………. ……………………………………………..

 *Miejscowość i data* *Podpis Uczestnika Programu/opiekuna*

\*\* W przypadku gdy Uczestnik nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony, ustaleń dokonuje się z Opiekunem, który podpisuje w jego imieniu.