



Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu „ON – samodzielni i niezależni”

## Karta zgłoszenia do Projektu „ON – samodzielni i niezależni”

### I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. Telefon kontaktowy: .....

4. Data urodzenia: .....

5. PESEL: .....

6. Wykształcenie:

przed obowiązkiem szkolnym

zajęcia rewalidacyjne

niepełne podstawowe

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie

policealne

wyższe

7. Rejestracja w PUP:

niezarejestrowany

zarejestrowany

8. Zatrudnienie:

nieaktywny zawodowo

poszukujący pracy niezatrudniony

poszukujący pracy zatrudniony

bezrobotny



- zatrudniony w ZAZ
- zatrudniony w ZPCH
- zatrudniony na otwartym rynku pracy
- nie dotyczy

9. Uczestnictwo WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej):

- absolwent WTZ
- nie byłem w WTZ
- uczestnik WTZ

10. Grupa/stożepień niepełnosprawności: .....

11. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) schorzenie narządu ruchu ;
- 2) schorzenie narządu wzroku ;
- 3) zaburzenia psychiczne ;
- 4) upośledzenie umysłowe ;
- 5) schorzenie narządu słuchu ;
- 6) autyzm .

12. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

13. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie? – Tak /Nie

14. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....



15. Status prawny uczestnika Programu (pełnoletni, całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolniony, nieubezwłasnowolniony): .....

## II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

1. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?  
.....

2. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

- a) pomoc w sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
- b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ,
- c) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
- d) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ,
- e) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ,
- f) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

- a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ,
- b) czesaniu ,
- c) goleniu ,
- d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ,
- e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ,
- f) zapobieganiu powstania odleżyn lub oparzeń



- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ,
- h) staniu łóżka i zmianie pościeli

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ,
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ,
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ,
- d) pomoc we wsiadaniu i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ,
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) wyjście na spacer ,
- b) asystowanie podczas wizyty osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ,
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ,
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ,
- e) notowanie dyktowanych przez osobę niepełnosprawną treści ręcznie i na komputerze ,
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ,
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

### III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

Czy korzysta Pan/Pani z formy wsparcia:

1. Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) **Tak** /**Nie**
2. Środowiskowy dom samopomocy (ŚDS) **Tak** /**Nie**
3. Czy korzysta Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** /**Nie**

Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych oraz w jakim wymiarze godzinowym:

.....

.....



#### IV. OŚWIADCZENIA:

Świadom jestem odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i znam treść art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który stanowi, że „kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu (dostępnym na stronie [www.owis.pl](http://www.owis.pl) oraz w biurze Projektu) oraz go akceptuję.
2. Zostałem/łam poinformowana i wyrażam zgodę na odpłatność za usługi asystenta w wysokości **2,00 zł (słownie dwa złote 00 groszy) za każdą godzinę usług.**
3. **Nie będę korzystać w trakcie trwania Projektu z takiej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów.**
4. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i wizyty monitorujące przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Projektu.
6. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „ON – samodzielni i niezależni” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych.