Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu „Stawiam na samodzielność”

**Karta zgłoszenia do Projektu**

**„Stawiam na samodzielność”**

**I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………..

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..…………………………..

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

4. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………….

5. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………

6. 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.

7. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **W domu** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych | |
| **Poza miejscem zamieszkania** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |

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

8. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

9.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):
   1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci,
   2. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie  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 ,
   3. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.),
   4. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej),
   5. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go,
   6. 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:
   1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ,
   2. czesaniu ,
   3. goleniu,
   4. obcinaniu paznokci rąk i nóg,
   5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku,
   6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ,
   7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów,
   8. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej,
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi),
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym,
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu,
   5. 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:
   1. wyjście na spacer,
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy),
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze,
   6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru,
   7. 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 akceptuje.
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 monitorowania 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 „Stawiam na samodzielność” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych.