

KARTA WSTĘPNEGO ZGŁOSZENIA

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027

Uwaga: Karta służy wyłącznie do określenia zapotrzebowania na usługi asystenckie na terenie Gminy Dębno. Złożenie karty nie gwarantuje przyznania usług.

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia: PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Numer telefonu: E-mail:
5. Dane opiekuna prawnego

6.

II. INFORMACJE O ORZECZENIU (Proszę zaznaczyć właściwe „X”)

- **Znaczny stopień niepełnosprawności** (lub orzeczenie równoważne)
- **Umiarkowany stopień niepełnosprawności** (lub orzeczenie równoważne)
- **Dziecko do 16. roku życia** posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami z pkt 7 i 8 (konieczność stałej opieki i współudziału opiekuna)

III. SYTUACJA ŻYCIOWA I SPOŁECZNA KANDYDATA (Proszę zaznaczyć „X”)

1. **Sytuacja mieszkaniowa – osoba z niepełnosprawnością:**
 - mieszka samotnie.
 - mieszka wspólnie z rodziną / innymi osobami.
2. **Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta obecnie z innych form pomocy?** (można zaznaczyć kilka)
 - Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze (OPS/MOPS).
 - Pobyt w Domu Pomocy Społecznej (DPS) lub Środowiskowym Domu Samopomocy (ŚDS) / Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ).
 - Inne formy wsparcia finansowane ze środków publicznych (jakie?):
 - Nie korzysta z żadnych form pomocy.
3. **Aktywność osoby z niepełnosprawnością:**
 - Osoba aktywna zawodowo (pracująca).
 - Osoba ucząca się (szkoła, studia).
 - Osoba niepracująca i nieucząca się.

IV. OKREŚLENIE POTRZEB USŁUG ASYSTENCKICH (Proszę zaznaczyć „X”)

1. **W jakich obszarach potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta?** *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)*
 - Wyjścia/powroty/dojazdy do pracy, urzędów, lekarzy, na rehabilitację.
 - Udział w wydarzeniach kulturalnych, społecznych, sportowych (kino, teatr, spacer).
 - Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i codziennych.
 - Inne (jakie?):
2. **Szacowana, oczekiwana liczba godzin wsparcia asystenta w miesiącu:**
Szacuję zapotrzebowanie na: godzin miesięcznie.
3. **Czy posiada Pan/Pani wskazanego przez siebie kandydata na asystenta?**
 - **TAK** (Imię i nazwisko kandydata):
 - **NIE** (wnioskuję o zapewnienie asystenta przez instytucję realizującą program)

V. KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO) – SKRÓCONA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębnie** w celu przeprowadzenia diagnozy potrzeb do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze zgłoszenie ma charakter informacyjny i nie jest wnioskiem o przyznanie usługi.

.....
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy / opiekuna)