

Karta zgłoszenia do uzyskania świadczenia usługi asystencji osobistej

w ramach zadania: „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością w Subregionie Płockim”

I. DANE UCZESTNIKA:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)

2) dysfunkcja narządu wzroku

3) zaburzenia psychiczne

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. 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

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



Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego”

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak /Nie

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

- 1) czynności samoobsługowe Tak /Nie
- 2) wypełnianie ról społecznych Tak /Nie
- 3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak /Nie
- 4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem Tak /Nie

.....
.....
.....

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

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

.....
.....
.....

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....
.....
.....



Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego

6. 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) myciu okien ,
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ,
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ,
 - g) 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 odparzeń ,
 - 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 do 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 obecności 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 klienta treści ręcznie i na komputerze ,
 - f) 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 ,
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak /Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak /Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....



**Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego**

V. OŚWIADCZENIA:

1. 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.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji zadania.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością w Subregionie Płockim”.
4. 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 Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w Regulaminie, finansowane z innych źródeł.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika /opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do uzyskania świadczenia usługi asystencji osobistej w ramach zadania „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością w Subregionie Płockim” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Rozwoju Północnego Mazowsza” reprezentowana przez Prezesa Marcina Groszewskiego i Wiceprezesa Tomasza Nowackiego oraz mająca siedzibę w Nowym Grabinu, Osiedle pod Klonami 58; 09-530 Gąbin; e-mail: mazowieckainicjatywa@poczta.fm.
2. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych e-mail: mazowieckainicjatywa@poczta.fm.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - a) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. e RODO;
 - b) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. c RODO;
 - c) realizacji zawartych umów - zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. b RODO;
 - d) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane mogą być przetwarzane na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt. 3 – odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w celu realizacji zadania, do którego zostały zebrane, przez okres wynikający z przepisów wykonawczych do ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 roku, poz. 164) a także przy uwzględnieniu przepisów sektorowych.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych na podstawie RODO przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści swoich danych, do sprostowania danych, do usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Prawa te przysługują wówczas, jeżeli nie naruszają innych, obowiązujących aktów prawnych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy, przy czym podanie danych jest:
 - obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa;
 - dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub brak możliwości zawarcia i realizacji umowy.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego



**Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego”**