

 Załącznik nr 1 do Regulaminu

 określającego zasady realizacji Programu

 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

- edycja 2023

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023**

**I. Dane uczestnika Programu:**

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

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

3. Telefon kontaktowy, email: …………….………………………..……………………………………….

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

5. Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………….

6. Zawód wyuczony: …………………………………………………………………………………………

7. Status na rynku pracy: ……………………………………………………………………………………

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……………………………………………………………………..

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności (opisać): ………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

 Zaznaczyć:

 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie
 mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo –
 rdzeniowa) [x] ,

 2) dysfunkcja narządu wzroku [x] ,

 3) zaburzenia psychiczne [x] ,

 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym [x] ,

 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu [x] ,

 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne [x] ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

11. Czy występuje ubezwłasnowolnienie **Tak**[x] **/Nie**[x]

1. całkowite ☐,
2. [x] ,
3. [x] ,

12. Czy jest Pan(i) aktywna zawodowo **Tak**[x] **/Nie**[x]

[x]

13. Czy porusza się Pan(i):

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

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**[x] **/Nie**[x]

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

16. Jakich sprzętów ortopedycznych i/lub pomocniczych Pan(i) używa w codziennym funkcjonowaniu? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………….

17. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a) - **Tak**[x] **/Nie**[x]

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak**[x] **/Nie**[x]
3. czynności pielęgnacyjne **Tak**[x] **/Nie**[x]
4. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[x] **/Nie**[x]
5. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[x] **/Nie**[x]
6. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**[x] **/Nie**[x]

Inne (opisać):

………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: ………………………….

2. Wiek: ………………………...

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent?- zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć: Czego Pan(i) od niego oczekuje (zaznaczyć)?

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[x] ;
	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 [x] ;
	3. myciu okien[x] ;
	4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)[x] ;
	5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)[x] ;
	6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go[x] ;
	7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)[x] ;
2. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
	1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli [x] ;
	2. czesaniu [x] ;
	3. goleniu[x] ;
	4. obcinaniu paznokci rąk i nóg[x] ;
	5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku[x] ;
	6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń [x] ;
	7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów[x] ;
	8. słaniu łóżka i zmianie pościeli[x] ;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej[x] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)[x] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym[x] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu[x] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu [x] ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. wyjście na spacer[x] ;
	2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.[x] ;
	3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)[x] ;
	4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
	5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze[x] ;
	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[x] ;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)[x] .

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) usług asystencji osobistej? **Tak**[x] **/Nie**[x]

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**[x] **/Nie**[x]
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

 **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?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V. Przetwarzanie danych osobowych**

**Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) niniejszym informujemy, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrześni, z siedzibą przy ul. Fabrycznej 14, 62-300 Września.

2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Ośrodka, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu e – mail: **iod@lesny.com.pl**

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

 1) Wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze danych wynikających z ustaw i aktów prawa miejscowego,

 2) Realizacji umów zawartych z kontrahentami Administratora danych,

 3) W pozostałych przypadkach Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie
 wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

4. Przekazywanie przez Administratora danych może nastąpić wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowić realizację obowiązku Administratora, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane urzędom i instytucjom na wniosek oraz wprowadzane do Rejestrów Centralnych prowadzonych przez poszczególne Ministerstwa RP, realizujących zadania na podstawie przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W przypadku niepodania danych osobowych może skutkować odmową realizacji wskazanych wyżej celów.

10. Dane osobowe przetwarzane przez administratora danych nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

**VI. Oświadczenia:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez Realizatora Programu czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zgodnie z rozporządzeniem 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, zwane w skrócie RODO.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Niniejszym, wyrażam dobrowolną zgodę na zarejestrowanie oraz wykorzystanie mojego wizerunku, zarejestrowanego przy realizacji Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023 w celu informacyjno-promocyjnym Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrześni. Zarejestrowany wizerunek będzie mógł zostać opublikowany na stronie internetowej Ośrodka tj. <https://ops.wrzesnia.pl/>

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 r.**

………………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

i weryfikującej zasadność przyznania usług asystenckich)

\* Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.