



Indywidualna diagnoza potrzeb w zakresie usług asystenckich w projekcie „Przywrócić barwy życia”

Dane osoby zainteresowanej wsparciem:

Imię:.....

Nazwisko:.....

Pesel:.....

Adres zamieszkania:.....

Stopień niepełnosprawności:

Umiarkowany

Znaczny

Numer orzeczenia:.....

Data wydania orzeczenia:.....

Data ważności orzeczenia:.....

Rodzaj dysfunkcji/kod dysfunkcji:.....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

Jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....

Podpis osoby udzielającej informacji:

.....

Podpis kandydata/ osoby upoważnionej/przedstawiciela prawnego

**Potrzeby w zakresie wsparcia asystenckiego**

Proszę wskazać deklarowane potrzeby w zakresie wsparcia asystenckiego, zaznaczając **X** przy właściwej odpowiedzi TAK lub NIE:

Potrzeby	Tak / Nie
Pomoc w przygotowaniu się do wyjścia, wyjściu, powrocie oraz dojazdach środkami komunikacji publicznej do: miejsca zamieszkania, pracy, nauki, rehabilitacji, placówek medycznych, miejsc realizacji kursów i szkoleń zawodowych oraz urzędów, nie wchodzącą w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w przygotowaniu się do wyjścia, wyjściu, powrocie oraz dojazdach środkami komunikacji publicznej do innych, określonych przez podopiecznego miejsc, w szczególności miejsc, do których dotarcie służy utrzymaniu aktywności społecznej, zawodowej, rodzinnej, religijnej, towarzyskiej i kulturalnej oraz aktywnemu spędzaniu czasu wolnego, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w zakupach i korzystaniu z punktów usługowych, przy czynnym uczestnictwie podopiecznego, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, wymiana żarówki etc.), nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wsparcie w wykonywaniu innych czynności wymagających sprawności fizycznej, a nie wchodzących w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych (np. pakowaniu bagażu, pakowaniu podarunków, pielęgnacji mogił).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Potrzeby	Tak / Nie
Wsparcie w pokonywaniu barier architektonicznych poza miejscem zamieszkania, nie wchodzące w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w podróży środkami komunikacji publicznej pomiędzy wybranymi przez klienta punktami, w tym odbiór klienta z dworca lub lotniska i pomoc w dotarciu w wybrane miejsce – usługa realizowana na terenie Gliwic, Rybnika, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w przemieszczaniu się po terenie dworca lub lotniska do momentu pojawienia się specjalistycznego personelu dworca/lotniska, odpowiedzialnego za dalszą pomoc klientowi, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc w udziale w wyborach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc osobie z niepełnosprawnością w korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i inne sporty – udział asystenta w treningach i zajęciach sportowych możliwy jest tylko po uzgodnieniu z trenerem/instrukctorem, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury: muzeum, teatr, kino, koncert, itp.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z placówek sportu i rekreacji: pływalnia, stadion, park, itp., nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc i towarzyszenie podczas załatwiania spraw urzędowych, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Potrzeby	Tak / Nie
Pomoc w transporcie zwierząt domowych znajdujących się pod faktyczną opieką podopiecznego z i do weterynarza, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pomoc techniczna w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego, czy komputerowego, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Podstawowa pomoc merytoryczna w redagowaniu i rozumieniu treści pism i innych dokumentów urzędowych osobom z niepełnosprawnością intelektualną oraz osobom z dysfunkcją słuchu, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czytanie prasy, książek lub korespondencji osobom niezdolnym do samodzielnego czytania, inne zajęcia aktywizujące w miejscu zamieszkania, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej podopiecznego i najbliższego otoczenia, nie wchodząca w zakres usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Data sporządzenia:

.....

Podpis kandydata/osoby upoważnionej/przedstawiciela prawnego



Ocena zakresu wsparcia i odpłatności (wypełnia Lider wsparcia)

Ocena możliwości przyznania oczekiwanego wsparcia

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

Proponowana ilość godzin usług asystenckich w miesiącu:

.....

Dni tygodnia:

.....

Inne ustalenia trybu świadczenia usług:

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

Wyliczenie częściowej odpłatności za usługi:

Suma dochodów (netto):

Liczba osób uwzględniona do podziału:

Średni dochód na osobę: zł (netto)

Częściowa odpłatność za usługi wg Regulaminu świadczenia usług w projekcie w kwocie 3 zł/godz.:

TAK

NIE

.....

Podpis Lidera wsparcia



Kryterium preferencji	Punktacja
Osoba z niepełnosprawnością w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 3 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt.
Osoba z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 3 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt.
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 5 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt..
Osoba z chorobami psychicznymi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 2 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt..
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 1 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt.
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 1 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt..



Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 1 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt.
Osoba samotnie zamieszkująca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 pkt. TAK = 4 pkt.
Wypełnia lider wsparcia pkt.
Łączna liczba punktów: (wypełnia Lider wsparcia) pkt.

Jestem:

- uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
- świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.

Oświadczam, iż:

na podstawie Art. 6 ust. 1 a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji udziału w projekcie „Przywrócić barwy życia” realizowanego przez Fundację „Więcej z Życia” Osiedle Przy Skrzyżowaniu Rzek 1A/6, 62-100 Wągrowiec w partnerstwie ze Spółdzielnią Socjalną „Prospołeczna” z siedzibą przy pl. Plac Dworcowy 7, 41-800 Zabrze.

.....

Data i podpis osoby wymagającej wsparcia w projekcie/zgłaszającej zapotrzebowanie

.....

Data i podpis Lidera wsparcia