

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO KARTY ZGŁOSZENIA

1. Czy Pan/Pani korzysta/będzie korzystać z poniższych form wsparcia (proszę zaznaczyć):

a) usługi opiekuńcze

TAK ☐

NIE ☐

Jeżeli tak to proszę podać ich wymiar (ile razy w tygodniu wraz ze wskazaniem dni tygodnia oraz ile godzin dziennie wraz ze wskazaniem godzin ich realizacji)

.....

.....

b) specjalistyczne usługi opiekuńcze

TAK ☐

NIE ☐

Jeżeli tak to proszę podać ich wymiar (ile razy w tygodniu wraz ze wskazaniem dni tygodnia oraz ile godzin dziennie wraz ze wskazaniem godzin ich realizacji)

.....

.....

c) usługi asystencji osobistej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra

TAK ☐

NIE ☐

Jeżeli tak to proszę podać ich wymiar oraz nazwę realizatora

.....

.....

d) Inne usługi (realizowane przez GOPS, organizacje pozarządowe):

TAK ☐

NIE ☐

Jeżeli tak to proszę podać ich nazwę, wymiar oraz realizatora

.....
.....

2. Dodatkowe oświadczenia dotyczące kryteriów punktowych (kryteria opisane w rozdziale V ust. 6 pkt. b Regulaminu):

a) Zamieszkuję i gospodaruję samotnie bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich:

TAK ☐

NIE ☐

b) Zamieszkuję i gospodaruję wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich:

TAK ☐

NIE ☐

c) Wsparcie asystenta zwiększy moje możliwości samodzielnego i aktywnego życia w następujących obszarach:

• **zawodowym** (proszę o załączenie dokumentu potwierdzającego zaznaczoną aktywność):

- WTZ ☐

- praca ☐

- kursy zawodowe ☐

- szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe ☐

• **edukacyjnym** (proszę o załączenie dokumentu potwierdzającego zaznaczoną aktywność):

- szkoła ☐

- studia ☐

• **dzienne formy wsparcia** (proszę o załączenie dokumentu potwierdzającego zaznaczoną aktywność):

- środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy, dzienny dom pobytu ☐

- inne formy dziennego stacjonarnego wsparcia, do których kandydat/kandydatka uczęszcza ☐

- inne, jakie? ☐

• **innym** (nie jest wymagane załączenie dokumentu):

- terapia i/lub rehabilitacja ☐

- zajęcia sportowe ☐

- zajęcia kulturalne ☐

- turystyka ☐

Miejscowość, data

.....
(podpis uczestnika/czki programu/opiekuna prawnego)