



Wstępna deklaracja udziału do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Grupa/stopień niepełnosprawności:
7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; 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 ☐

8. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

9. 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 ☐

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

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

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....

.....

.....

2. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pan (i) asystenta? Tak ☐ / Nie ☐

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

.....

.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobiste: Tak ☐ / Nie ☐
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie: Tak ☐ / Nie ☐
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania: Tak ☐ / Nie ☐
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem: Tak ☐ / Nie ☐

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Książ Wlkp., w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Książ Wlkp., data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)