

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 MOPS, 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 ☐

- **dziennie 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)