INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA

Projekt „Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego" na realizację zadania w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowany przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Działamy razem" 1/2022

I. Dane uczestnika Projektu:

1. Imię i nazwisko: ……

2. Adres: ……

3. Telefon kontaktowy: ……

4. Wiek……

II. Diagnoza potrzeb osoby niepełnosprawnej

5. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),
☐ dysfunkcja narządu wzroku,
☐ zaburzenia psychiczne,
☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym
☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

6. 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☐

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

8. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?……

9.W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) Wykonywanie codziennych czynności oraz funkcjonowanie w życiu społeczno-zawodowym; **Tak☐/Nie☐**
2) Podejmowaniu wszelakiej aktywności , stwarzających warunki niezależnego życia; **Tak☐/Nie☐**
3) Umożliwienie pełnego uczestnictwa i integracji w lokalnej społeczności (obszar kultury, edukacji, sportu itp.) **Tak☐/Nie☐**
4) W przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**

5) W komunikowaniu się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**

Notatki, uwagi dodatkowe:

……

……

……

……

10. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania / poza miejscem 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? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

……

……

……

……

5. Informacje dotycząca częstotliwości udzielanego wsparcia

Oczekiwany okres usług asystencji osobistej (miesiąc / rok) od …… do ……

Proszę wskazać informacje istotne dla określenia częstotliwości wsparcia: np. wsparcie cykliczne, wsparcie doraźne, stałe lub zmienne godziny wsparcia zależne od potrzeb, stałe lub zmienne dni wsparcia zależne od potrzeb (jakie?)……

……

……

……

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? (przybliżona wartość uśredniona) ……h/m-c

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) ze wsparcia usług asystencji osobistej? **Tak☐/Nie☐**
2. Jeśli wskazano tak w pkt. 1, proszę wskazać, z jakich form pomocy asystenta korzysta / korzystała Pan/Pani?

……

……

3. Jeśli wskazano tak w pkt. 1 , proszę wskazać przez kogo usługi były/ są realizowane (jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba, itp.)……

……

4. Jeśli wskazano tak w pkt. 1 proszę wymienić, z których form pomocy był/jest Pan/i zadowolony/niezadowolony?

   Zadowolony/a:……

   Niezadowolony/a:……

5. Jeśli wskazano tak w pkt. 1 proszę wskazać okres korzystania z usług asystencji osobistej:

   ☐ nadal od……..(miesiąc/rok)

   ☐ korzystałem/am z usług asystencji osobistej w okresie od ……do …… (miesiąc/rok)

   I przestałem/am z powodu ……

V. Osoba do kontaktu osobistego lub telefonicznego w sprawie monitoringu jakości wsparcia:

Osoba niepełnosprawna – Tak☐/Nie☐

Inna osoba z otoczenia uczestnika projektu: Imię i nazwisko: ……

Nr telefonu……

VI. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez personel projektu Caritas Archidiecezji Katowickiej świadczonych usług.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z założeniami udziału w Projekcie.

……

Miejscowość i data

……

(Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

……..

(Podpis osoby opracowującej IPD i dokonującej oceny uczestnika projektu)