



Karta zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do projektu

„Twój asystent – wspólna siła”

Projekt 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 w ramach konkursu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Możemy więcej” nr 1/2023.

Dane uczestnika projektu – osoby z niepełnosprawnością:			
Imię i nazwisko:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Adres zamieszkania:	ul. _____ nr ____ / ____ miejscowość: _____ kod pocztowy: ____ - ____ gmina: _____ powiat: _____ województwo: _____		
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)	ul. _____ nr ____ / ____ miejscowość: _____ kod pocztowy: ____ - ____		
Zamieszkanie:	<input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20 tys. – 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50 tys. do 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś		
Czy został ustanowiony opiekun prawny bądź pełnomocnik dla osoby z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> Tak, opiekun prawny (proszę podać imię i nazwisko oraz nr PESEL): <input type="checkbox"/> Tak, pełnomocnik (proszę podać imię i nazwisko oraz nr PESEL): <input type="checkbox"/> Nie		
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> przed obowiązkiem szkolnym <input type="checkbox"/> zajęcia rewalidacyjne <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniony <input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniony <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZAZ <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZPCH <input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		

Rejestracja w PUP:	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> niezarejestrowany w PUP	
Uczestnictwo w Warsztatach Terapii Zajęciowej:	<input type="checkbox"/> absolwent WTZ <input type="checkbox"/> nie był/a w WTZ <input type="checkbox"/> uczestnik WTZ	
Grupa/stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności , która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami. Symbol przyczyny niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności , która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami. Symbol przyczyny niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Osoba niezaliczająca się do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności	
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> autyzm <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> dysfunkcje o podłożu neurologicznym <input type="checkbox"/> dysfunkcja intelektualna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	
Czy porusza się Pan/Pani: (możliwych więcej odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> tylko z pomocą innej osoby <input type="checkbox"/> z wykorzystaniem sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> jestem osobą leżącą	
Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy korzysta Pan/Pani z: (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> placówki pobytu całodobowego <input type="checkbox"/> środowiskowego domu samopomocy <input type="checkbox"/> dziennego domu pomocy <input type="checkbox"/> warsztatu terapii zajęciowej <input type="checkbox"/> wsparcia w podmiotach zatrudnienia socjalnego (ZAZ, CIS, KIS) <input type="checkbox"/> świetlice socjoterapeutyczne <input type="checkbox"/> ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego <input type="checkbox"/> innego ośrodka (jakiego?)	



Jeśli korzysta Pan/Pani ze wsparcia jednej z placówek wskazanych powyżej, proszę wskazać ile wynosi średniomiesięczna liczba godzin wsparcia w okresie ostatnich 3 miesięcy?

..... godzin/miesiąc

W jakich czynnościach wymaga Pan/Pani wsparcia?

Proszę wybrać wyłącznie te czynności, które świadczyć będzie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

☐ **Wykonywanie codziennych czynności oraz funkcjonowanie w życiu społeczno-zawodowym:**

- ☐ korzystanie z toalety
- ☐ mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
- ☐ czesanie
- ☐ golenie
- ☐ obcinanie paznokci rąk i nóg
- ☐ zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
- ☐ zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
- ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
- ☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
- ☐ sianie łóżka i zmiana pościeli
- ☐ Inne (jakie?)

☐ **Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:**

- ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
- ☐ dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie)
- ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
- ☐ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- ☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
- ☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- ☐ Inne (jakie?)

☐ **Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**

- ☐ pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
- ☐ pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
- ☐ pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemy
- ☐ pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
- ☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
- ☐ transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta
- ☐ Inne (jakie?)

☐ **Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**

- ☐ obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
- ☐ wyjście na spacer



- ☐ asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- ☐ załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- ☐ wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- ☐ notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- ☐ pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
- ☐ wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- ☐ Inne (jakie?)

Na czym polegać ma wsparcie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej?

Proszę opisać czynności, które wykonywać ma asystent.

.....

.....

.....

.....

Otrzymuję wsparcie w innym projekcie z zakresu wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

☐ **Tak**, proszę wskazać:

a) instytucję realizującą projekt

b) nazwę programu/projektu

.....

c) czas otrzymywania wsparcia (od ... do ... w formule miesiąc/rok)

.....

d) średniomiesięczny wymiar godzinowy usług asystencji godzin/miesiąc

☐ **Nie**

Czy wskazuje Pan/Pani asystenta?

☐ **Tak**, proszę podać imię i nazwisko asystenta:

.....

☐ **Nie**, proszę podać oczekiwania wobec asystenta (płeć, cechy osobowe, dni i godziny świadczenia usługi asystencji)

.....

.....

W jakich dniach potrzebne będzie Pani/Panu wsparcie?

W jakich godzinach potrzebne będzie wsparcie?

Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani/Pan potrzebował?



Oświadczenia:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w/w projekcie zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Twój asystent – wspólna siła”, akceptuję jego treść, jestem uprawniony/a do uczestnictwa zgodnie z wymogami projektu oraz deklaruję chęć uzyskania wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
2. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Wyrażam zgodę w przypadku zakwalifikowania do projektu na udział w spotkaniu z doradcą zawodowym w Biurze Projektu lub w przypadku niepełnosprawności uniemożliwiającej poruszanie się w miejscu zamieszkania celem opracowania Indywidualnego Planu Działania wskazującego rodzaj i intensywność wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jako warunek przystąpienia do projektu.
4. Zostałem/łam poinformowany/na i mam świadomość, że złożenie karty zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą przeprowadzane w trakcie trwania projektu i po jego zakończeniu oraz monitoringu wsparcia przez personel projektu.
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu.
7. Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji dotyczących udziału w procesie rekrutacyjnym, udziału we wsparciu drogą mailową/sms lub telefonicznie na wskazane przeze mnie dane w formularzu rekrutacyjnym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/ki do projektu/opiekuna prawnego

Przetwarzanie danych osobowych:

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 w ramach projektu „Twój asystent – wspólna siła” 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).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Katowickiej 40-042 Katowice, ul. Wita Stwosza 20
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – abi@medialearning.pl,



- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych lub podmioty uczestniczące w realizacji zlecenia
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora i innych przepisów prawa (art. 125a ust. 4 Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) i (art. 51u Ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/ki do projektu/opiekuna prawnego

Załączniki:

- 1. Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi.**
- 2. Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego/pełnomocnika w stosunku do osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy).**