

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB
w zakresie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

Uwaga: Formularz służy wyłącznie do przeprowadzenia diagnozy potrzeb osób z niepełnosprawnościami i zebrania informacji o zainteresowaniu usługami asystencji osobistej w 2027 roku na terenie Gminy Złoty Stok. Złożenie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu ani przyznaniem usług i nie stanowi wniosku o przyznanie usług ani gwarancji ich otrzymania.

1. Dane osoby zgłaszającej potrzebę w zakresie usług asystencji osobistej:

- | | |
|--|-------------------|
| ☐ kobieta | wiek: lat |
| ☐ mężczyzna | wiek: lat |
| ☐ osoba do 16. roku życia | wiek: lat/a |

2. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a skorzystaniem z usług asystencji osobistej w 2027 roku?

- ☐ TAK
☐ NIE

3. Czy korzystał/a Pan/Pani z usług asystencji osobistej w ramach wcześniejszych edycji Programu?

- ☐ TAK
☐ NIE

4. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

- ☐ TAK
☐ NIE

5. Jaki rodzaj orzeczenia Pan/Pani posiada?

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*
☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*
☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
☐ orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

6. W przypadku osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności do 16. roku życia – w orzeczeniu wskazano konieczność:

- ☐ stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji

- ☐ stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

7. Jaka jest przewidywana liczba godzin usług asystencji osobistej, z których chciałby/aby Pan/Pani korzystać w miesiącu?

- ☐ do 20 godzin
- ☐ 21 – 40 godzin
- ☐ 41 – 60 godzin
- ☐ 61 – 80 godzin
- ☐ powyżej 80 godzin
- ☐ trudno określić

8. W jakich obszarach potrzebne jest wsparcie asystenta? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej
- ☐ w codziennych czynnościach związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
- ☐ w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- ☐ w komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumieniu i przekazywaniu informacji
- ☐ w uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowaniu aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)
- ☐ inne? (jakie)
- ☐
- ☐
- ☐

9. W jakich dniach i godzinach najczęściej potrzebne byłoby wsparcie asystenta?

.....

.....

.....

10. Czy w przypadku możliwości skorzystania z usług asystencji osobistej samodzielnie wskazałby/aby Pan/Pani osobę, która miałaby pełnić funkcję asystenta osobistego?

- ☐ tak – miałbym/abym osobę, którą chciałbym/abym wskazać do pełnienia funkcji asystenta
- ☐ nie – prosiłbym/abym o pomoc w znalezieniu osoby do pełnienia funkcji asystenta
- ☐ nie wiem/trudno określić

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, w których wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności

Dziękujemy za wypełnienie formularza