

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

„LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej”

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. adres e-mail:
5. Data urodzenia:
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
.....
7. Uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
8. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
9. Uczestnik posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
10. Uczestnik samotnie wychowywany przez jednego rodzica/opiekuna – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
11. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych programów dotyczących usług asystencji osobistej?
Tak ☐ / **Nie** ☐
12. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z podobnych form wsparcia?
Tak ☐ rok jakie wsparcie
Nie ☐
13. Z powodu trudnej sytuacji materialnej rodzina korzysta z pomocy OPS
Tak ☐ jeśli tak dołącz zaświadczenie z OPS
Nie ☐

II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA (zaznacz właściwe pole):

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
 - a) korzystanie z toalety ☐
 - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐
 - c) czesanie ☐
 - d) golenie ☐
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐
 - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐
 - k) ślanie łóżka i zmiana pościeli ☐.
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐
 - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐
 - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐
 - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;
 - b) wyjście na spacer ☐;
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
 - d) 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 ☐;
 - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
 - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;
 - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐;
 - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐.

III. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią **Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej”**.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), lub inne usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane w ramach Funduszu Sprawiedliwości albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Do Karty zgłoszenia do Programu „LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej” należy dołączyć

- ☐ kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

albo

- ☐ orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

jeśli dotyczy to również

- ☐ zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń GOPS/MOPS

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)