

KARTA WSTĘPNEGO ZGŁOSZENIA - DIAGNOZA POTRZEB
dla Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027
(proszę zaznaczyć X)

1. Dane osoby z niepełnosprawnością:

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy:

▪ Stopień niepełnosprawności:

- ☐ Znaczny (lub równoważny)
☐ Umiarkowany (lub równoważny)
☐ Dziecko do 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem z pkt 7 i 8 (konieczność stałej opieki i współudziału opiekuna)

▪ Osoba zamieszkuje:

- ☐ Samodzielnie ☐ Z rodziną ☐ Inne (np. z rodziną zastępczą):

OKREŚLENIE POTRZEB USŁUG ASYSTENCKICH

Częstotliwość potrzebnego wsparcia:

- ☐ codziennie, ☐ kilka razy w tygodniu, ☐ raz w tygodniu, ☐ okazjonalnie, ☐ w określonych porach dnia

Proszę zaznaczyć obszary, w których osoba wymaga wsparcia:

- ☐ Pomoc w codziennych czynnościach domowych (zakupy, posiłki, porządki)
☐ Pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
☐ Pomoc w dotarciu do placówek medycznych, urzędów itp.
☐ Towarzystwo w życiu społecznym i kulturalnym
☐ Inne (jakie?):

Oczekiwana liczba godzin miesięcznie:

Czy osoba jest w stanie wskazać asystenta? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to imię i nazwisko asystenta:

KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO) – SKRÓCONA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych Gminy Leżajsk w celu przeprowadzenia diagnozy potrzeb do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze zgłoszenie ma charakter informacyjny i nie jest wnioskiem o przyznanie usługi.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy / opiekuna)