

**Powiat**

**Skarżyski**

Załącznik Nr 6 do Regulaminu   
 świadczenia usług asystencji, rekrutacji i naboru

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025”

**Karta informacyjna osoby z niepełnosprawnością**  
**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**I. Dane uczestnika Programu:**  
1. Imię i nazwisko:………………………………………………………………..………..……...…...............................................

2. Data urodzenia:……………………………………..………………………………………………….……..…………………………………  
3. Adres:…………………………………....………………….………………….………….………………………………………………….…….  
4. Telefon kontaktowy:…………..….....………………………..……………………………………………………………….……….……

**II. Środowisko uczestnika Programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **-**Czy jest Pan(i) samotnie zamieszkującą osobą lub zamieszkuje/gospodaruje Pan(i) z inną osobą niepełnosprawną?   **-**Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą  i gospodarującą z inną osobą? | **⃞**  **⃞** |
| 1. **-**Czy porusza się Pan(i) z pomocą sprzętów ortopedycznych/innych, lub osób trzecich?   **-**Czy porusza się Pan(i) samodzielnie?  **-**Czy jest Pan(i) osobą leżącą? | **⃞**  **⃞**  **⃞** |
| 1. **-**Czy ma Pan(i) możliwość uzyskania wsparcia ze strony bliskich?   **-**Czy ma Pan(i) możliwość uzyskania wsparcia z pomocy sąsiedzkiej?  **-**Czy nie ma Pan(i) możliwość uzyskania wsparcia ze strony bliskich oraz z pomocy sąsiedzkiej? | **⃞**  **⃞**  **⃞** |
| 1. **-**Czy Pan(i) uczestniczy w placówkach wsparcia dziennego?   **TAK**  **NIE** | **⃞**  **⃞** |

………………………………………………..……………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**X zaznaczyć prawidłową odpowiedź**