

 **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 osobąlub 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**