

**Powiat**

**Skarżyski**

Załącznik Nr 8 do Regulaminu   
 świadczenia usług asystencji, rekrutacji i naboru

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025”

***Karta oceny zakwalifikowania   
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:…………..….....………………….………..…………………………….……

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria** | **Skala punktów** |
| 1. | Osoby samotnie zamieszkujące/zamieszkująca z osobą niepełnosprawną  Osoba wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą | ☐ 2 pkt  ☐ 1 pkt |
| 2. | Osoba porusza się:  - samodzielnie  - z pomocą osoby trzeciej/ z pomocą sprzętów ortopedycznych  **-** osoba leżąca | ☐ 2 pkt  ☐ 3 pkt  ☐ 1 pkt |
| 3. | Osoba ma możliwość posiadania wsparcia od:  - pomoc bliskich  - pomoc sąsiedzka  - brak możliwość uzyskania wsparcia ze strony bliskich oraz  z pomocy sąsiedzkiej | ☐ 1 pkt  ☐ 2 pkt  ☐ 3 pkt |
| 4. | Uczestniczy w placówkach wsparcia dziennego.  TAK  NIE | ☐ 1 pkt  ☐ 2 pkt |
| **Suma punktów** | |  |

**Podpis członków komisji:**

1. ………………………………..……
2. ………………………………..……
3. ………………………………..……
4. ……………………………………..