

**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 niepełnosprawnąOsoba 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.TAKNIE | ☐ 1 pkt☐ 2 pkt |
| **Suma punktów** |  |

**Podpis członków komisji:**

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