

Karta zgłoszenia do Programu

„Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED”

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Status na rynku pracy:
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - 1) 05-R dysfunkcja narządu ruchu ,
 - 2) 04-O dysfunkcja narządu wzroku ,
 - 3) 02-P zaburzenia psychiczne ,
 - 4) 10-N dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
 - 5) 01-U upośledzenie umysłowe ,
 - 6) 07-S choroby układu oddechowego i krążenia ,
 - 7) 08-T choroby układu pokarmowego ,
 - 8) 11-I Inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego ,
10. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak /Nie

II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: 2. Wiek:
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane cechy/umiejętności:
.....
.....
4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

III. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED”.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Do Karty zgłoszenia do Programu „Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych.