

 Data wpływu zgłoszenia ............................................. (wypełnia GOPS)

**ZGŁOSZENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**DANE:**

Imię i nazwisko .............................................................................................................................……. Adres zamieszkania ...................................................................................................................………

Data urodzenia ...............................................…………………………………………………………

PESEL ......................................................................………………………………………………….

Dowód osobisty seria .................. numer ...................... wydany w dniu ......................................…… przez ..................................................................................................…………………………………

Numer telefonu ......................…………………………………………………………………………

**POSIADANE ORZECZENIE** *(właściwe zaznaczyć)*

a) o stopniu niepełnosprawności □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I □ II □ III

c) □ o całkowitej □ o częściowej niezdolności do pracy

 □ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym □ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) □ o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko .............................................................................................................................…… Adres zamieszkania .........................................................................................................................….. Data urodzenia ...............................................……………………………………………………….. PESEL .....................................................................………………………………………………….

Dowód osobisty seria .................. numer ...................... wydany w dniu ............................................. przez .................................................................................................………………………………….

Numer telefonu ......................………………………………………………………………………...

Ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem ..................................................................................…...

• postanowieniem Sądu Rejonowego ........................................................................................……...

z dnia ............................... sygn. Akt ..........................……………………………………………….

• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ........................................................... z dnia .........................repet.nr .........................................................................................................…

**ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG** *(właściwe zaznaczyć)*

* □ pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, na zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,
* □ pomoc w toalecie, ubieraniu, przyrządzaniu i spożywaniu posiłków,
* □ pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych),
* □ przenoszenie osoby niepełnosprawnej np. z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie przez Beneficjenta odpowiedniego sprzętu pomocniczego (Asystent - kobieta może podnieść osobę bez użycia podnośnika o wadze do 12 kg, a Asystent - mężczyzna do 30 kg),
* □ pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,
* □ pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego.

**TERMIN USŁUGI**

*(Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu podane zostały zgodnie z prawdą.**

 ………………………….. ……………………………………………………...

Data Czytelny podpis zgłaszającego lub osoby uprawnionej

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),

2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,

3. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej − kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej), oryginał do wglądu,

4. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu)