



Fundacja Byka za Rogi
ul. Wyjątkowa 31 05-092 Łomianki Dolne
tel. 531 263 866 www.fundacjabykazarogi.org
e-mail: fundacjabykazarogi@gmail.com
konto: 40 1090 1014 0000 0001 3347 1795



.....dnia.....

KARTA ZGŁOSZENIOWA (pełnoletni)
do projektu
Z ASYSTENTEM MOGĘ WIĘCEJ
współfinansowanego ze środków PFRON
umowa nr UM/PW9/2024/2/DEPT_DS_WSPOLPRACY/5295
realizowanego w okresie 01.04.2024-31.03.2025

nazwisko i imiona

data urodzenia..... wzrost..... waga.....

Adres zamieszkania: kod miejscowość.....

gmina dzielnica.....

ulica i numer domu

KONTAKT: tel..... e-mail.....

WYKSZTAŁCENIE (postaw krzyżyk w polu po lewej stronie właściwej opcji)

<input type="checkbox"/>	przed obowiązkiem szkolnym
<input type="checkbox"/>	niepełne podstawowe lub w trakcie nauki w szkole podstawowej
<input type="checkbox"/>	podstawowe
<input type="checkbox"/>	gimnazjalne
<input type="checkbox"/>	średnie
<input type="checkbox"/>	zawodowe
<input type="checkbox"/>	policealne
<input type="checkbox"/>	wyższe

REJESTRACJA w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP)

<input type="checkbox"/>	zarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/>	niezarejestrowany w PUP
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

UCZESTNICTWO W WTZ

<input type="checkbox"/>	uczestnik WTZ	<input type="checkbox"/>	absolwent WTZ	<input type="checkbox"/>	nie był w WTZ
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

KONTAKT DO OPIEKUNA PRAWNEGO (jeśli jest)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna).....

Tel..... **e-mail**.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki).....

Tel..... **e-mail**.....

I. OPIS FUNKCJONOWANIA:

1. Sposób poruszania się:

	W domu:
	samodzielnie
	z pomocą osób trzecich bez sprzętów ortopedycznych
	z pomocą sprzętów ortopedycznych - jakich: kule, wózek, inne:
	nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
	Poza miejscem zamieszkania:
	samodzielnie
	z pomocą osób trzecich bez sprzętów ortopedycznych
	z pomocą sprzętów ortopedycznych bez pomocy osób trzecich
	z pomocą sprzętów ortopedycznych i z pomocą osób trzecich
	nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

2. Ewentualne trudne zachowania/sytuacje, które może napotkać asystent w pracy z Panem/Panią:

.....
.....
.....
.....

II. OCZEKIWANE WSPARCIE:

1. W jakich czynnościach w szczególności dziecko wymaga wsparcia?

	czynności samoobsługowe
	czynności pielęgnacyjne
	spędzanie wolnego czasu w domu
	spędzanie wolnego czasu poza miejscem zamieszkania
	przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
	podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem
	korzystanie z edukacji
	korzystanie z dóbr kultury
	inne (jakie?):

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan/i w miejscu zamieszkania?

.....
.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....
.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc asystent? Czego szczególnie Pan/i od niego oczekuje?

.....
.....
.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela

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

7. Czy jest Pan/i w stanie/czuje się kompetentna/y, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) dziecka usług asystencji osobistej? **TAK** **NIE**

IV. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Projektu „Sięgamy po samodzielność – z usługą asystenta OzN” (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby zgłaszanej lub jej opiekuna prawnego, jeśli posiada)

*Do Karty zgłoszeniowej należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowanego na równi do wyżej wymienionych