

WZÓR

Karta zgłoszenia do udziału we wsparciu asystenckim

I. Dane odbiorcy usług asystenckich:

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Sygnatura orzeczenia o niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, kod niepełnosprawnością

.....

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się, kluczowych problemów:

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

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

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

Informacja na temat oczekiwań form wsparcia nieuwjętych w katalogu usług asystenckich

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

Karta leków:

Nazwa leku	Częstotliwość stosowania	Pora aplikacji

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika wsparcia (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:.....

E-mail:.....

III. Zgoda na wskazanie asystenta/ wskazanie asystenta.....
imię i nazwisko asystenta

data i podpis uczestnika wsparcia

IV. Zgoda na przekazanie kluczy do mieszkania pod adresem:.....
przez na ręce

na potrzeby realizacji usług asystenckich przez pracownika Spółdzielni Socjalnej „Jasne, że zmiana”

V. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu świadczenia usług asystenckich przez Spółdzielnię Socjalną „Jasne, że zmiana”

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej/klucze odebrałem* (skreślić jeżeli nie dotyczy)

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)