

N. z. PCPR-ON-619-...../2024

Wniosek o usługi asystencji osobistej

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko Pełnomocnika/ opiekuna prawnego/ kuratora/ przedstawiciela ustawowego
– jeśli dotyczy i tytuł prawny do reprezentowania Wnioskodawcy

Po zapoznaniu się z Regulaminem naboru Uczestników Programu i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2024 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni wnioskuję o usługę asystencji osobistej i jednocześnie oświadczam, że:

1. Rozumiem i akceptuję warunki określone w Regulaminie naboru Uczestników Programu i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2024 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni;
2. Wnioskuję (jeśli dotyczy) o usługę profesjonalnej asystencji osobistej i oczekuję Asystentki / Asystenta wybranego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni:
 tak
 nie dotyczy;
3. Wskazuję (jeśli dotyczy) w załączonej Karcie zgłoszenia do Programu osobę wybraną do pełnienia funkcji Asystenta Osobistego dla mnie tj. Panią/ Pana (imię i nazwisko kandydata na Asystentkę / Asystenta, numer telefonu do kontaktu):
.....
4. Osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji Asystenta / Asystentki znam osobiście i potwierdzam, że mój kandydat/ moja kandydatka na Asystenta / Asystentkę posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie i umiejętności niezbędne do należytego wykonania usługi asystencji osobistej dla mnie oraz wyraził/a zgodę na pełnienie funkcji mojego Asystenta / mojej Asystentki;
5. Wybrany przeze mnie kandydat na Asystenta / Asystentkę nie jest moim opiekunem prawnym i nie jest członkiem mojej rodziny (uwaga: na potrzeby Programu za członków rodziny Uczestnika / Uczestniczki uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem Programu / Uczestniczką Programu);
6. Faktycznie nie zamieszkuje z osobą wskazaną przeze mnie w Karcie zgłoszenia do Programu jako Asystenta / Asystentkę dla mnie;
7. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych:
 tak
 nie
 mam opiekuna prawnego/ kuratora;
6. Jestem zdolny/a do pokierowania działaniami wskazanego / wskazanej przeze mnie kandydata / kandydatki na Asystenta / Asystentkę w celu uzyskania dla mnie wsparcia

- w wykonywaniu codziennych czynności oraz w moim funkcjonowaniu w życiu społecznym zgodnie z Programem Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024;
8. Rozumiem, że będę korzystać z usług Asystenta / Asystentki bezpłatnie. Usługa asystencji będzie dla mnie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego. Uznaję, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem mi i finansowaniem dla mnie usług asystencji osobistej;
 9. Wybrany/a przeze mnie kandydat/ka na Asystenta / Asystentkę składa odrębne, własne oświadczenie dotyczące wykonywania usługi asystencji osobistej dla mnie;
 10. Wybrany/a przeze mnie kandydat/ka na Asystenta / Asystentkę wykonuje usługi asystencji osobistej:
 - wyłącznie dla mnie
 - dla mnie i także dla innych osób;
 7. Wyrażam zgodę, aby mój Asystent /Asystentka wykonywał/a usługi asystencji osobistej także dla innych osób równolegle, ale w osobnych godzinach:
 - tak
 - nie
 8. Niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany) poinformuję pisemnie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonych przeze mnie oświadczeń oraz o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w załącznikach w szczególności tych, które mają wpływ na rozpatrzenie wniosku i prawo do korzystania z usług albo wymiar godzin usług asystencji osobistej;
 9. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku o usługi asystencji osobistej oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
 10. Do wniosku załączam:
 - kartę zgłoszenia do Programu (wzór – załącznik nr 7 do Programu)
 - orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne (kopia)
 - ankietę diagnostyczną (załącznik nr 1 do wniosku)
 - klauzulę RODO Ministra (załącznik nr 2 do wniosku)
 - klauzula RODO PCPR (załącznik nr 3 do wniosku)
 - oświadczenie kandydata / kandydatki na Asystenta / Asystentkę (jeśli we wniosku został wskazany Asystent/Asystentka) - wg wzoru załącznika nr 2 do Regulaminu.

Miejscowość.....data.....

Podpis Wnioskodawcy
lub jego opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:

.....

Załącznik nr 1 do wniosku
o usługi asystencji osobistej w Powiecie Bocheńskim w 2024 r.

**Ankieta diagnostyczna sytuacji Wnioskodawcy
do wniosku o usługi asystencji osobistej realizowane w 2024 r.
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni**

Szanowni Państwo,

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni prosi o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w poniższej ankiecie.

Pana/Pani odpowiedzi, uwagi i opinie pozwolą lepiej ocenić wniosek o usługi asystencji osobistej oraz podjąć właściwe decyzje w sprawie usług asystencji osobistej, w ramach możliwości finansowania tych usług ze środków publicznych w Powiecie Bocheńskim.

W ankiecie dla ułatwienia będziemy zwracać się do Państwa w formie „Ty”. Poniżej prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając znak „X” w kratce lub wpisać własną odpowiedź w wykropkowanych miejscach.

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:
2. Wiek Wnioskodawcy: lat
3. Płeć Wnioskodawcy: kobieta mężczyzna
4. Status Wnioskodawcy na rynku pracy:
5. Czas powstania niepełnosprawności Wnioskodawcy:
 od urodzenia
 w wyniku wypadku odr.
 wyniku choroby odr.
6. Zainteresowania:.....
.....
.....
7. Sposób komunikowania się Wnioskodawcy z otoczeniem:
 werbalnie
 niewerbalnie w tym:
 język migowy
 za pośrednictwem technologii (należy określić bliżej jakich technologii:
 )
 inny sposób (należy określić jaki:.....)
8. Jeśli w Karcie zgłoszenia do Programu wskazałeś / wskazałaś Asystenta / Asystentkę, to czy osoba wskazana posługuje się odpowiednim sposobem komunikacji w kontakcie z Tobą?
 tak
 nie
 nie dotyczy
9. Co jest źródłem Twojego utrzymania:
 praca zarobkowa
 renta z tytułu niezdolności do pracy
 renta rodzinna
 renta socjalna
 emerytura
 zasiłek stały
 inne (jakie?):
10. W jakim przedziale mieszczą się Twoje dochody (tj. dochody Wnioskodawcy w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego lub suma dochodów w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy z uwzględnieniem definicji: „wspólne

prowadzenie gospodarstwa domowego” z Regulaminu naboru Uczestników Programu i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2024 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni:

<input type="checkbox"/> do 649 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 1501 do 1600 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 2001 do 3000 zł/os.
<input type="checkbox"/> od 650 do 1200 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 1601 do 1700 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 3001 do 4000 zł/os.
<input type="checkbox"/> od 1201 do 1300 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 1701 do 1800 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 4001 zł/os. do 5000 zł/os.
<input type="checkbox"/> od 1301 do 1400 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 1801 do 1900 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 5001 zł/os. do 6000 zł/os.
<input type="checkbox"/> od 1401 do 1500 zł/os.	<input type="checkbox"/> od 1901 do 2000 zł/os.	<input type="checkbox"/> powyżej 6001 zł/os.

11. Ile osób mieszka wspólnie z Tobą:

- 0 1 2 3 4 więcej niż 4

12. Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia:

- 0 1 2 3 4 więcej niż 4

13. Czy korzystasz ze świadczenia wspierającego otrzymanego na podstawie ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. 2023 poz. 1429):

- tak
 nie

14. Jeśli zamieszkujesz wspólnie z innymi osobami, ale nie korzystasz z pomocy domowników, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody z Twojej strony, jakie są warunki w otoczeniu, ze strony domowników:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Czy wokół Ciebie mieszkają sąsiedzi, czy masz znajomych, którzy mogą czasem pomóc? Jeśli nie korzystasz z ich pomocy, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody, jakie są warunki w otoczeniu, ze strony sąsiadów i znajomych:

.....

.....

.....

.....

.....

16. Czy korzystasz z pomocy społecznej finansowej, rzeczowej lub usługowej w tym np. w placówce wsparcia dziennego w Gminie lub w organizacji pozarządowej, samopomocowej. Jeśli tak, to napisz z jakiej pomocy korzystasz a jeśli nie korzystasz, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody, jakie postawiono warunki ze strony Gminy i organizacji do objęcia Ciebie wsparciem (zwróć uwagę także na korzystanie z

usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901), z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł – opisz:

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

17. Korzystam z usług asystencji w ramach Programu MRiPS pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 u innego Realizatora:

- tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):
w okresie od2024 r. do2024 r., w wymiarze godzin
 nie korzystam.

18. Korzystam z usług asystencji osobistej w ramach innych programów lub projektów:

- tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):
w okresie od2024 r. do2024 r., w wymiarze godzin
 nie korzystam.

19. W 2024 r. ubiegałem/ubiegałam się o usługę asystencji osobistej u innych organizatorów (np. MOPS, GOPS, fundacja, stowarzyszenie):

- tak, ubiegałem się u (nazwa podmiotu):
i (jeśli dotyczy) nie uzyskałem usługi z powodu:
 nie ubiegałem się.

20. Korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.):

- tak, korzystam
 nie korzystam.

21. Korzystam z innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego (np. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”) lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, jak usługi asystencji osobistej finansowane z innych źródeł:

- tak, korzystam
 nie korzystam.

22. W odniesieniu do wypełnionej karty zgłoszenia do Programu określ, ile godzin średnio w miesiącu korzystasz z pomocy domowników, sąsiadów i znajomych oraz z pomocy społecznej lub pomocy organizacji pozarządowych i samopomocowych. Na koniec wpisz, jak uważasz, ile godzin pracy asystenta potrzebujesz w odniesieniu do danych czynności, które na co dzień wykonujesz:

- otrzymuję pomoc domowników:godzin / miesiąc
 otrzymuję pomoc sąsiadów, znajomych:godzin / miesiąc
 otrzymuję pomoc z Gminy lub z organizacji społecznej: godzin / miesiąc
 potrzebuję wsparcia od Asystenta:godzin / miesiąc

23. Czy jesteś aktywny zawodowo, czy może korzystasz z leczenia odwykowego lub podnosisz swoje kwalifikacje zawodowe lub studiujesz lub czy korzystasz z poradnictwa zawodowego lub aktywnie poszukujesz pracy? Uwzględnij swoją sytuację w okresie do 3 lat przed dniem złożenia wniosku i opisz:

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

24. Opisz jakie wyjścia, powroty lub dojazdy realizujesz lub chcesz realizować i w jakie miejsca najczęściej wychodzisz lub chcesz wychodzić oraz czy dysponujesz własnym samochodem, czy korzystasz z komunikacji publicznej, czy potrzebujesz asystenta, który dysponuje samochodem:

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

25. Opisz czy lub jak często korzystasz albo chcesz korzystać z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy). Z jakich dóbr kultury korzystasz regularnie, najczęściej:

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

26. W przypadku, gdy Wnioskodawca jest dzieckiem – wpisz nazwę i adres placówki, z której dziecko korzysta:

Jeśli chcesz, napisz tu swoje wnioski lub uwagi do ankiety:

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

Miejscowość.....data.....

Podpis Wnioskodawcy
lub jego opiekuna prawnego, kuratora, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:

.....