Załącznik nr 2 do Regulaminu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł programu | Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 |
| Realizujący projekt | Gmina Golina/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Golinie |

**KWESTIONARIUSZ KANDYDATA DO PROGRAMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | | **Dane uczestnika projektu** |
| 1. | Imię | |  |
| 2. | Nazwisko | |  |
| 3. | PESEL | |  |
| 4. | Imię i nazwisko opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika wnioskodawcy | |  |
| 5. | Płeć | | Kobieta Mężczyzna |
| 6. | Czy kandydat zamieszkuje samotnie | | Tak Nie |
| 7. | Czy wśród domowników są inne osoby z niepełnosprawnością? | | Tak, ile? ……………………………………….  Nie |
| 8. | Czy korzystasz z pomocy finansowej, rzeczowej lub usługowej państwa ( np. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, pomocy sąsiedzkiej, a także np. w formie uczestnictwa w placówce wsparcia dziennego (WTZ, DDP)? | | Tak , w tym z:  - pomocy finansowej lub rzeczowej,  - usługi opiekuńcze/ specjalistyczne usługi opiekuńcze,  - opieki wytchnieniowej/ pomocy sąsiedzkiej  - placówki wsparcia dziennego (nazwa i adres placówki…………………………………………………………...  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  -inne (podać jakie)………………………………………………...  ……………………………………………………………………..  Nie |
| 9. | Określ swoją sytuację zawodową/ edukacyjną | | - osoba aktywna zawodowo, opisz  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  - osoba podnosząca kwalifikacje, opisz  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  - osoba studiująca, opisz  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  - osoba korzystająca z poradnictwa zawodowego, opisz  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  - osoba aktywnie poszukująca pracy, opisz  …………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………  - osoba bierna zawodowo |
| 10. | Opisz czy i jak często korzystasz lub chcesz korzystać z dóbr kultury ( np. kino, muzeum, teatr, opera itp. )  Z jakich dóbr kultury korzystasz regularnie/ najczęściej? | | - Tak, korzystam/ chce korzystać ( opisz)  ……………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………...  - Nie korzystam |
| 11. | Liczba osób mieszkających w Twoim gospodarstwie domowym | |  |
| 12. | Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia | |  |
| 13. | Jeśli zamieszkujesz wspólnie z innymi osobami, czy korzystasz z ich pomocy? | | Tak ( w jakim zakresie)  ……………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………...  Nie, dlaczego ?  ……………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………... |
| 14. | Wybierz jedną z odpowiedzi: | | - mój opiekun tj. rodzic lub osoba spokrewniona pobiera świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnował/a z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nade mną  - nikt nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego i nie zrezygnował z pracy w związku z konieczności sprawowania opieki nade mną |
| 15. | Czy w najbliższym otoczeniu masz sąsiadów, znajomych, którzy mogą udzielić Tobie pomocy? | | Tak ( w jakim zakresie, ile godzin w miesiącu):  ……………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………..  Nie |
| 16. | Opisz jak wygląda Twoja codzienna aktywność poza miejscem zamieszkania i w jakim zakresie oczekujesz wsparcia asystenta ( itp. załatwianie spraw urzędowych, wyjścia do lekarzy, wyjazdy do rodziny, spacery itp.)? | | …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………. |
| 17. | Miejsce na opis swojej sytuacji związanej z niepełnosprawnością | | …………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………… |
| **OŚWIADCZENIA** | | | |
| 1. | | Oświadczam, że korzystałem/łam w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  Tak, w którym roku ………………………………………………………………………  Nie | |
| 2. | | Oświadczam, że równorzędnie złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych- edycja 2025  Tak, w jakiej?  ……………………………………………………………………………………………..  Nie | |
| 3. | | Oświadczam, że poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Golinie o każdej zmianie sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do Programu. | |
| 4. | | Świadomy o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. | |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………..  Miejscowość i data | ……………………………………………..  Podpis osoby niepełnosprawnej  lub Opiekuna prawnego |

**W przypadku wątpliwości Realizator dokona weryfikacji informacji zawartych w kwestionariuszu Kandydata we właściwych jednostkach lub bezpośrednio z Kandydatem.**