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 2025Tak, 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.**