



KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

PROJEKT GRANTOWY „PREMIA SPOŁECZNA” - ASYSTENT OSOBY STARSZEJ

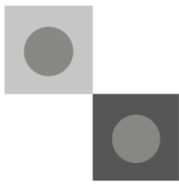
1. DANE UCZESTNIKA

- Imię i nazwisko: _____
 - Data urodzenia: _____
 - PESEL: _____
 - Adres zamieszkania: _____
 - Telefon kontaktowy: _____
 - Adres e-mail (opcjonalnie): _____
-

2. SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA

- Miejsce zamieszkania:
 - samodzielnie
 - z rodziną
 - z opiekunem
 - inne: _____
 - Osoba do kontaktu w sytuacjach nagłych (opcjonalnie):
 - Imię i nazwisko: _____
 - Relacja: _____
 - Telefon: _____
-





3. SYTUACJA ZDROWOTNA (OGÓLNA)

- Orzeczenie o niepełnosprawności:

tak

nie

Stopień (jeśli dotyczy): _____

- Trudności w poruszaniu się:

tak

nie

- Sprzęt wspomagający:

laska

balkonik

wózek

inne: _____

4. ZAKRES POTRZEBNEGO WSPARCIA

Wsparcie w czynnościach dnia codziennego:

zakupy

przygotowanie posiłków

sprzątanie

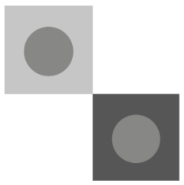
pranie

higiena osobista (w zakresie dopuszczalnym dla asystenta)

organizacja leków

inne: _____





Wsparcie w załatwianiu spraw poza miejscem zamieszkania:

- wizyty lekarskie
- sprawy urzędowe
- odbiór recept / leków
- transport towarzyszący
- inne: _____

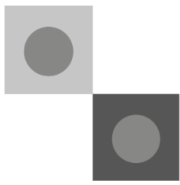
Wsparcie społeczne i towarzyszenie:

- spacery
 - rozmowa / obecność
 - aktywizacja (czytanie, ćwiczenia, gry)
 - inne: _____
-

5. DOSTĘPNOŚĆ I PREFERENCJE

- Preferowane dni tygodnia: _____
 - Preferowane godziny: _____
 - Wizyty weekendowe:
 - tak
 - nie
 - Preferencje dotyczące asystenta (np. płeć, wiek):
-
-





6. DOTYCHCZASOWE FORMY WSPARCIA

- Usługi opiekuńcze/ asystenckie:

tak

nie

Jakie: _____

- Wsparcie rodziny:

tak

nie

Opis: _____

7. INFORMACJE DODATKOWE

- Ważne uwagi dotyczące uczestnika (nawyki, potrzeby, ograniczenia):

8. WSKAZANIE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYŁA USŁUGI ASYSTENCKIE

Czy wskazuje Pan/i osobę, która będzie świadczyła usługi asystenckie

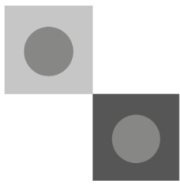
Tak

Nie

Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....





OŚWIADCZENIA I ZGODY

1. Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu grantowego „Premia Społeczna” – Asystent Osoby Starszej.
3. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę, która realizuje projekt świadczonych usług asystenckich.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem zapoznany/a) z treścią projektu grantowego Premia Społeczna”
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenckich, nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej.
6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że wymiar godzinowy i zakres usług uzależniony będzie od sytuacji zdrowotnej i rodzinnej uczestnika projektu, oraz od stopnia niesamodzielności.
7. Złożenie w MOPR Karty zgłoszenia do projektu grantowego „Premia Społeczna” nie jest równoznaczne z przyznaniem usług asystenckich. Ostateczna decyzja w przedmiotowej sprawie zostanie podjęta po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego.
8. Oświadczam, że pobieram/ nie pobieram świadczenia wspierającego z ZUS.
9. Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z ośrodka wsparcia/ŚDS

Podpis uczestnika / opiekuna: _____

Data: _____

Załączniki:

- kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- skala Barthel podpisana przez osoby uprawnione: lekarz/ pielęgniarka/rehabilitant

