

..... Krościenko Wyżne, dnia

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCÓW Z TERENU GMINY KROŚCIENKO WYŻNE

ANKIETA dot. chęci uczestnictwa w Programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2027.

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/ osoby której jestem opiekunem prawnym w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego–edycja 2027

2. Posiadam orzeczenie :

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o znacznym stopniu,
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

***Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.**

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Liczba godzin usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2027**

.....

Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż**:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 4) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności -konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

4. Czy jest Pan/Pani/ dziecko aktualnie objęty/a/e wsparciem m.in. w formie uczestnictwa w DDS+, ŚDS, OREW, PSONI, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług obejmujących analogiczne wsparcie tj. opieka wytchnieniowa?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK

☐ NIE

7. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

☐ komunikowania się:

.....
.....

(informacje na temat ograniczeń)

☐ poruszania się:

.....
.....

(informacje na temat ograniczeń)

☐ Inne (jakie?)

.....
.....

8. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Krościenko Wyżne, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz.38 Urz. UE L 74 z 04.03.2021, str. 35), zwanym dalej „RODO”, i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781, z późn.zm.).

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej