



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNI
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

Załącznik nr 1
do Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej

ZGŁOSZENIE DO PROJEKTU pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

1. Nazwisko i imię uczestnika Programu (osoby niepełnosprawnej):
.....
2. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej:
.....
3. Data urodzenia:
4. Numer PESEL:
5. Adres zameldowania:
6. Adres zamieszkania:
7. Adres do korespondencji:
8. Telefon osoby niepełnosprawnej: (komórkowy, stacjonarny):
.....
9. Telefon rodzica/opiekuna prawnego/osoby do kontaktu:
-
10. Stopień niepełnosprawności:
11. Przyczyna niepełnosprawności:
12. Stopień upośledzenia umysłowego:
- (jeśli występuje)
13. Dodatkowe informacje o rodzaju niepełnosprawności i potrzebach osoby niepełnosprawnej:.....
.....
.....
.....
14. Stan zdrowia (choroby przewlekłe, przyjmowane leki):
-
.....
.....
.....
.....



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNI
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

15. Uczestnictwo w placówkach edukacyjnych/rehabilitacyjnych:

w latach	nazwa ośrodka

16. Sposób poruszania się po mieście (*samodzielnie, na wózku, z pomocą opiekuna*):

.....

17. Status prawny uczestnika Programu (pełnoletni, całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolniony, nieubezwłasnowolniony):.....

.....

18. Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy	Rodzaj dochodu (zarobki, renta socjalna, zasiłek pielęgnacyjny, itp.)
1.		beneficjent AON		

19. Czy osoba niepełnosprawna korzysta z usług opiekuńczych? TAK/NIE

20. Czy osoba niepełnosprawna korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych? TAK/NIE

21. Czy osoba niepełnosprawna korzysta z usług asystenta osoby niepełnosprawnej świadczonych przez innego realizatora? TAK/NIE

22. Oczekiwania dotyczące usług asystenckich (np. zakres usługi, czas, częstotliwość, miejsce):

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

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej.

Jaworzno, dnia

(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)