Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

Kwestionariusz oceny funkcjonowania z projektu „Wspólnie bez barier"

w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 -2027 PRIORYTET FESL.07
Fundusze Europejskie dla społeczeństwa DZIAŁANIE 07.04 Usługi społeczne

DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU
WSPARCIE ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL											

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA		
Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko		
Grupa/stopień niepełnosprawności		
Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:		
dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
dysfunkcja narządu wzroku	☐ **TAK**	☐ **NIE**
zaburzenia psychiczne	☐ **TAK**	☐ **NIE**
dysfunkcje o podłożu neurologicznym	☐ **TAK**	☐ **NIE**
dysfunkcja narządu mowy i słuchu	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne	☐ **TAK**	☐ **NIE**

CZY PORUSZA SIĘ PAN(I):			
w domu	☐ samodzielnie	☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
poza miejscem zamieszkania	☐ samodzielnie	☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp	☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie	☐ **TAK**	☐ **NIE**	
Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?			

OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA		
Czy wskazuje Pan (i) asystenta?	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:		
Jeżeli nie wskazuje Pan/Pani asystenta to proszę o dookreślenie preferowanych cech asystenta:		
Płeć:		
Wiek:		
Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności		
W jakich godzinach/porach dnia, w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?		
OCZEKIWANIA WOBEC USŁUG ASYSTENTA		
1. WSPARCIE W CZYNNOŚCIACH SAMOOBSŁUGOWYCH, W TYM UTRZYMANIU HIGIENY OSOBISTEJ		
ubieranie	☐ **TAK**	☐ **NIE**
korzystanie z toalety	☐ **TAK**	☐ **NIE**
mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	☐ **TAK**	☐ **NIE**
czesanie	☐ **TAK**	☐ **NIE**
golenie	☐ **TAK**	☐ **NIE**
wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	☐ **TAK**	☐ **NIE**
obcinanie paznokci rąk i nóg	☐ **TAK**	☐ **NIE**

zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku	☐ **TAK**	☐ **NIE**
zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń	☐ **TAK**	☐ **NIE**
zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	☐ **TAK**	☐ **NIE**
przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
słanie łóżka i zmiana pościeli	☐ **TAK**	☐ **NIE**
2. WSPARCIE W PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO I WYPEŁNIANIU RÓL W RODZINIE		
w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci	☐ **TAK**	☐ **NIE**
dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku	☐ **TAK**	☐ **NIE**
utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go	☐ **TAK**	☐ **NIE**
transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)	☐ **TAK**	☐ **NIE**
3. WSPARCIE W PRZEMIESZCZANIU SIĘ POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA		
pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	☐ **TAK**	☐ **NIE**
asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	☐ **TAK**	☐ **NIE**

transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta	☐ **TAK**	☐ **NIE**
4. WSPARCIE W PODEJMOWANIU AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ I KOMUNIKOWANIU SIĘ Z OTOCZENIEM		
obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	☐ **TAK**	☐ **NIE**
wyjście na spacer	☐ **TAK**	☐ **NIE**
asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	☐ **TAK**	☐ **NIE**
załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy	☐ **TAK**	☐ **NIE**
wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	☐ **TAK**	☐ **NIE**
notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	☐ **TAK**	☐ **NIE**
pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.	☐ **TAK**	☐ **NIE**
wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	☐ **TAK**	☐ **NIE**
w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	☐ **TAK**	☐ **NIE**

DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:		
Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia?	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Opieka wytchnieniowa	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Inne, jakie?	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Jeśli tak, to proszę wskazać w jakich latach i przez kogo realizowanych:		

Oświadczenie o dochodzie		
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą i mój dochód przekracza kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynikającej z kryterium dochodowego określanego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (dla osoby samotnie gospodarującej kryterium dochodowe wynosi 1010 zł).	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą gospodarstwo domowe z rodziną, z którą wspólnie gospodaruję i mój dochód przekracza kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie wynikającej z kryterium dochodowego określanego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (dla osoby w rodzinie kryterium dochodowe wynosi 823 zł na jedną osobę z rodzinie).	☐ **TAK**	☐ **NIE**

---------- ----------

*czytelny podpis **osoby niepełnosprawnością*** *data*
(w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko
oraz czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

---------- ----------

*czytelny podpis **osoby niepełnosprawnością*** *data*
(w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko
oraz czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ REALIZATORA

DODATKOWE KRYTERIA ROZPATRYWANE NA ETAPIE REKRUTACJI (PUNKTY DODATKOWE) 1 PUNKT ZA KAŻDE Z KRYTERIÓW				
		UWAGI		**ILOŚĆ PUNKTÓW**
Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym	☐ TAK	☐ **NIE**	(wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)	
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)	
Osoba z chorobami psychicznymi	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagane zaświadczenie lekarskie lub równoważny dokument)	
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)	
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagany dokument potwierdzający powyższe)	
Osoba zamieszkująca samotnie	☐ **TAK**	☐ **NIE**		
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagane zaświadczenie z OPS)	
Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością	☐ **TAK**	☐ **NIE**	((wymagany dokument potwierdzający powyższe)	
Dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną	☐ **TAK**	☐ **NIE**	(wymagany dokument potwierdzający powyższe)	

INNE FORMY WSPARCIA:			**UWAGI:**
Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	☐ **TAK**	☐ **NIE**	
Opieka wytchnieniowa	☐ **TAK**	☐ **NIE**	
Inne, jakie?	☐ **TAK**	☐ **NIE**	