Załącznik nr 3 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 **- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

DANE OPIEKUNA											
IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL											

DANE OSOBY Z NIEPRNOSPRAWNOŚCIĄ											
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**

W JAKICH CZYNNOŚCIACH W SZCZEGÓLNOŚCI WYMAGANE JEST WSPARCIE:		
czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej	☐ **TAK**	☐ **NIE**
prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie	☐ **TAK**	☐ **NIE**
przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania	☐ **TAK**	☐ **NIE**
podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem	☐ **TAK**	☐ **NIE**

INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA SIĘ (WYPEŁNIA OPIEKUN PRAWNY/CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRY UBIEGA SIĘ O PRZYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ):

OCZEKIWANIA WOBEC OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI		
Czy wskazuje Pan (i) osobę świadczącą usługi?	☐ **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 osoby świadczącej usługi:		
Płeć:		
Wiek:		
Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności		
W jakich godzinach/porach dnia/ w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?		

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 kiedy i przez kogo realizowanych:		

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)

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)

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**	