



**Diagnoza potrzeb na wsparcie w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2027, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej)

.....
(telefon kontaktowy)

1. Proszę o wskazanie posiadanego stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego:

- ☐ znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ znaczny
- ☐ umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ umiarkowany

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

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia: czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności, tj. 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. Proszę o wskazanie obszarów wsparcia, w których będzie Pani/Pan oczekiwała/oczekiwał wsparcia asystenta (można zaznaczyć więcej niż jedną opcję):

- ☐ czynności samoobsługowe, w utrzymanie higieny osobistej
- ☐ wykonywanie codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
- ☐ przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania
- ☐ komunikowanie się z innymi osobami, w tym wyrażanie swoich potrzeb oraz rozumienie i przekazywanie informacji
- ☐ uczestnictwo w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)

4. Czy obecnie korzysta Pani/Pan ze wsparcia innych osób (np. rodziny, sąsiadów, itd.)?

☐ TAK

☐ NIE

5. Czy w przypadku zgłoszenia się do udziału w Programie wskaże Pani/Pan asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

6. Jaka liczba godzin usług asystencji osobistej będzie Pani/Panu niezbędna miesięcznie w 2027 roku?

.....
(liczba godzin usług asystencji osobistej)

7. Czy planuje Pani/Pan przejazdy wraz z asystentem, korzystając ze środków komunikacji publicznej/prywatnej (co wiąże się z zakupem jednorazowych biletów przejazdu) lub z możliwości transportu pojazdem asystenta/pojazdem udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu, np. taksówką poza miejsce zamieszkania?

☐ TAK

☐ NIE

8. Czy przewiduje Pani/Pan uczestnictwo wraz z asystentem w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych itp., co wiąże się z zakupem biletów wstępu na w/w wydarzenia?

☐ TAK

☐ NIE

Druk diagnozy potrzeb na wsparcie w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego **nie stanowi Karty zgłoszenia do w/w Programu.**

.....
(podpis)