

Data wpływu wniosku.....

**WNIOSEK
O KORZYSTANIE Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

1. Rodzaj niepełnosprawności

- a) niepełnosprawność z powodu narządu ruchu
- b) niepełnosprawność z powodu narządu wzroku
- c) niepełnosprawność z powodu narządu słuchu
- d) niepełnosprawność intelektualna
- e) choroba psychiczna
- f) inne, (jakie?).....

2. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?

- a) tak
- b) nie, za pomocą: kul wózka balkoniku inne, (jakie?)

3. Członkowie rodziny zamieszkujący z osobą niepełnosprawną

- a) mąż
- b) żona
- c) dzieci, ile?.....
- d) inni członkowie rodziny (kto?).....
- e) gospodarstwo jednoosobowe

4. Czy Pani/Pana opiekun jest?

- a) osobą niepełnosprawną/dotkniętą długotrwałą chorobą
- b) osobą, która z racji wieku ma ograniczone możliwości sprawowania opieki nad Panią/Panem
- c) osobą pracującą

5. Z którymi poniżej podanymi czynnościami ma Pan/Pani problem w codziennym życiu?

- a) przygotowywanie posiłków
- b) korzystanie z toalety
- c) sprzątanie
- d) wyjście z domu
- e) ubieranie
- f) higiena osobista
- g) zakupy
- h) inne, (jakie)?

6. Jakiej pomocy oczekuje Pani/Pan od Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej?

- a) pomoc w dojeździe w wybrane miejsce (praca, rehabilitacja, szkoła, kościół, znajomi)
- b) pomoc w załatwieniu spraw urzędowych i innych codziennych (zakupy, wizyta u lekarza)
- c) pomoc w korzystaniu z dóbr kultury, rekreacji i sportu
- d) pomoc w podstawowych zabiegach higienicznych i czynnościach pielęgnacyjnych
- e) pomoc w komunikowaniu się z otoczeniem, w nawiązywaniu kontaktów społecznych i organizowaniu czasu wolnego
- f) innej, jakiej?.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy/opiekuna)