

Data wpływu formularza zgłoszeniowego:..... Nr ewidencyjny

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROJEKTU

„W Synergii z asystentem”

nr umowy PFRON: UM/PW9/2025/3/O_LUBELSKI/11079

Nazwa programu	Zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”
Kierunek pomocy	2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych
Typ projektu	4: Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)
Tytuł projektu	W Synergii z asystentem

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami wszystkie pola

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU											
Nazwisko		Imię/Imiona									
Data urodzenia		PESEL									
Mężczyzna		Kobieta									
Tel. kontaktowy											
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹											
Ulica		Nr domu		Nr lokalu							
Kod pocztowy		Miejscowość		Województwo							
Powiat		Gmina		Kraj							
Adres e-mail											
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania)											

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH

Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa lubelskiego¹	tak ☐	nie ☐								
Jestem osobą z niepełnosprawnością² (Należy zaznaczyć odpowiedni rodzaj niepełnosprawności i dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności)	☐ lekka ☐ umiarkowaną ☐ znaczną									
Jestem osobą powyżej 18 roku życia	tak ☐	nie ☐								
Proszę określić przyczynę niepełnosprawności: ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe; ☐ 02-P – choroby psychiczne; ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; ☐ 04-O – choroby narządu wzroku; ☐ 05-R – upośledzenie narządu ruchu; ☐ 06-E – epilepsja; ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia; ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego; ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego; ☐ 10-N – choroby neurologiczne; ☐ 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego; ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe.										
Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:										
Czy porusza się Pan(i): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top; padding: 5px;"> W domu ☐ </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top; padding: 5px;"> 1) samodzielnie ☐ </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top; padding: 5px;"> 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top; padding: 5px;"> 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> Poza miejscem zamieszkania ☐ </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> 1) samodzielnie ☐ </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐ </td> </tr> </table>			W domu ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐	Poza miejscem zamieszkania ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
W domu ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐							
Poza miejscem zamieszkania ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) 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? 										
Czy mieszka Pan(i) sam(a)? Tak ☐ Nie ☐										
Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania? 										

Oczekiwania wobec asystenta:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:
2. Wiek:
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?**W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:****1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:**

a) korzystanie z toalety	tak ☐	nie ☐
b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	tak ☐	nie ☐
c) czesanie	tak ☐	nie ☐
d) golenie	tak ☐	nie ☐
e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	tak ☐	nie ☐
f) obcinanie paznokci rąk i nóg	tak ☐	nie ☐
g) 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 ☐
h) zapobieganie powstania odleżyn lub oparzeń	tak ☐	nie ☐
i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	tak ☐	nie ☐
j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	tak ☐	nie ☐
k) sianie łóżka i zmiana pościeli	tak ☐	nie ☐

2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci	tak ☐	nie ☐
b) 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 ☐
c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku	tak ☐	nie ☐

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)	tak ☐	nie ☐
e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)	tak ☐	nie ☐
f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go	tak ☐	nie ☐
g) 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:		
a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	tak ☐	nie ☐
b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym	tak ☐	nie ☐
c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym	tak ☐	nie ☐
d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	tak ☐	nie ☐
e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	tak ☐	nie ☐
f) 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:		
a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	tak ☐	nie ☐
b) wyjście na spacer	tak ☐	nie ☐
c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	tak ☐	nie ☐
d) 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 ☐
e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	tak ☐	nie ☐
f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	tak ☐	nie ☐
g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp	tak ☐	nie ☐
h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	tak ☐	nie ☐
i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	tak ☐	nie ☐
Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z usług asystencji osobistej? Tak ☐ Nie ☐ Czy był (a) Pan(i) zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta? 		

Proszę określić **bariery** wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie:

Proszę określić **specjalne wymagania** wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie:

Źródła informacji o projekcie (zakreślić odpowiednie)

- ☐ Ulotka/ Plakat rekrutacyjny
☐ Plakat informacyjny
☐ Internet
☐ Ogłoszenie w gazecie
☐ Znajomi
☐ Inne (jakie?)

Oświadczenia:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „W Synergii z asystentem” oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie,
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „W Synergii z asystentem” oraz akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim,
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest realizowany w ramach zlecenia realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”, kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych; Typ projektu 4: Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest dofinansowany z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji,
- mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Stowarzyszeniu Synergia stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu,
- wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „W Synergii z asystentem” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym i przetwarzanie danych osobowych przez Stowarzyszenie Synergia, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu „W Synergii z asystentem” zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r.
- zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie „W Synergii z asystentem”, a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Realizatora Projektu.
- zobowiązuję się do informowania Realizatora Projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych

wpisanych w Formularz zgłoszeniowy projektu

-oświadczam, że nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów,

- zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Stowarzyszenie Synergia o rozpoczęciu udziału w innym projekcie dofinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1 - Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu

2 - Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość, data

Czytelny podpis
Kandydata/Kandydatki

.....

.....