

Data wpływu wniosku

(wypełnia Fundacja Pomocy
Chorym na Zanik Mięśni)

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

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez Numer telefonu

POSIADANE ORZECZENIE (właściwie zaznaczyć)

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY
LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu

przez Numer telefonu

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem

· postanowieniem Sądu Rejonowego

z dnia sygn. akt

· na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr

ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG (właściwie zaznaczyć)

- pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, na zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,
- pomoc w toalecie, ubieraniu, przyrządzaniu i spożywaniu posiłków, podaniu posiłku,
- pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych),
- przenoszenie osoby niepełnosprawnej , np.: z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie przez Usługobiorcę odpowiedniego sprzętu pomocniczego lub przy ręcznym przenoszeniu zachowane są dopuszczalne normy dotyczące obciążenia fizycznego,
- pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,
- pomoc w pisaniu pism, listów osobom niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego,
- pomoc osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i inne sporty (udział asystenta w treningach i zajęciach sportowych, możliwy jest tylko po uzgodnieniu z trenerem/instrukctorem),
- pomoc podczas turnusów rehabilitacyjnych, szkoleniowych lub innych wyjazdów zgodnych z zapotrzebowaniem i zainteresowaniami osoby niepełnosprawnej.
- Inne usługi , proszę wymienić jakie:

TERMIN USŁUGI

(Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),
2. Informacja dodatkowa do wniosku o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej,
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z „Regulaminem korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej”,
4. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej - kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej), oryginał do wglądu,
5. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu).