



Tytuł programu	„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
Realizujący projekt	Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Barcinie

KWESTIONARIUSZ

Lp.	Nazwa	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Imię i nazwisko opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika Wnioskodawcy	
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6.	Czy osoba mieszka sama?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7.	Czy wśród domowników są inne osoby z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> Tak, ile ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4 <input type="checkbox"/> Nie
8.	Czy korzystasz z innej formy pomocy usługowej państwa np. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, pomocy sąsiedzkiej, a także np. w formie uczestnictwa w placówce wsparcia dziennego (WTZ, DDP)?	Tak, w tym z: · usług opiekuńcze/specjalistycznych usług opiekuńczych, · opieki wytchnieniowa/pomocy sąsiedzka, placówka wsparcia dziennego (nazwa i placówki)..... <input type="checkbox"/> inne (podać jakie)....., <input type="checkbox"/> Nie

9.	Określ swoją sytuację zawodową / edukacyjną	<input type="checkbox"/> osoba aktywna zawodowo, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba podnosząca kwalifikacje, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba studiująca, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z poradnictwa zawodowego, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba aktywnie poszukująca pracy, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
10.	Opisz czy i jak często korzystasz lub chcesz korzystać z dóbr kultury (np. kino, muzeum, teatr, opera itp.). Z jakich dóbr kultury korzystasz regularnie/najczęściej?	<input type="checkbox"/> Tak, korzystam / chcę korzystać (opisz): <input type="checkbox"/> Nie korzystam.
11.	Liczba osób mieszkających w Twoim gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4
12.	Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4

13.	Jeśli zamieszkujeś wspólnie z innymi osobami, czy korzystasz z ich pomocy?	<input type="checkbox"/> TAK (w jakim zakresie): <input type="checkbox"/> NIE, dlaczego?
14.	Wybierz jedną z odpowiedzi:	<input type="checkbox"/> mój opiekun tj. rodzic lub osoba spokrewniona pobiera świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnował/a z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nade mną <input type="checkbox"/> nikt nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego i nie zrezygnował z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nade mną
15.	Czy w najbliższym otoczeniu masz sąsiadów, znajomych, którzy mogą udzielić Tobie pomocy?	<input type="checkbox"/> TAK (w jakim zakresie, liczba godzin w miesiącu): <input type="checkbox"/> NIE
16.	Opisz jak wygląda Twoja codzienna aktywność poza miejscem zamieszkania i w jakim zakresie oczekujesz wsparcia asystenta np. załatwianie spraw urzędowych, wyjścia do lekarzy, spacer, itp.??

OŚWIADCZENIA

1.	Oświadczam, że korzystałem/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” <input type="checkbox"/> Tak, w którym roku: <input type="checkbox"/> 2020 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> Nie
2.	Oświadczam, że równorzędnie złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024: <input type="checkbox"/> TAK, w jakiej? <input type="checkbox"/> NIE
3.	Oświadczam, że poinformuję Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Barcinie o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do Programu.
4.	Świadomy o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

..... Miejscowość i data Podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego ¹
-----------------------------	---

¹ W przypadku danych dotyczących osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niebędącej w stanie się podpisać, formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę/opiekun prawny/faktyczny.