

PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA

w projekcie pn. „Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu ząbkowickiego”

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

imię i nazwisko	
adres zamieszkania	
PESEL	
nr telefonu kontaktowego	

CZĘŚĆ A

Wnioskuję o przyznanie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Dni i godziny, w jakich potrzebna jest pomoc stała asystenta	poniedziałek godziny	wtorek godziny	środa godziny	czwartek godziny	piątek godziny	sobota godziny	niedziela godziny
Pomoc okazjonalna							
Zakres świadczonej usługi przez asystenta	<input type="checkbox"/> pomoc podczas wykonywania czynności domowych, zakupach itp.; <input type="checkbox"/> pomoc w przygotowaniu do wyjścia poza miejsce zamieszkania; <input type="checkbox"/> pomoc w korzystaniu ze środków lokomocji; <input type="checkbox"/> pomoc przy załatwianiu spraw urzędowych, zdrowotnych itp.; <input type="checkbox"/> pomoc w korzystaniu z dostępnych na rynku form wsparcia w zakresie różnego rodzaju rehabilitacji; <input type="checkbox"/> pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z oferty edukacyjnej, kulturalnej, sportowej, turystycznej itp.; <input type="checkbox"/> pomoc w korzystaniu z różnych źródeł informacji, telewizja, prasa, Internet itp.; <input type="checkbox"/> pomoc w prowadzeniu korespondencji osobom niewidomym, niedowidzącym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego; <input type="checkbox"/> pomoc w kontaktach z innymi ludźmi – rodzina, znajomi oraz organizacji czasu wolnego itp.; <input type="checkbox"/> pomoc w wykonywaniu pracy zawodowej; <input type="checkbox"/> pomoc w podstawowych czynnościach związanych z higieną i pielęgnacją (mycie twarzy, rąk, czesanie, ubieranie); <input type="checkbox"/> inne.....						

.....
Podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego¹



PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

CZĘŚĆ B

Usługa transportowa oraz dowóz leków.

Usługa transportowa dla osób niepełnosprawnych	
<input type="checkbox"/> skorzystam z usługi	<input type="checkbox"/> nie skorzystam z usługi
Dokąd i w jakim celu:	
Jak często(ile razy w miesiącu):	
Dowóz leków	
<input type="checkbox"/> skorzystam z usługi	<input type="checkbox"/> nie skorzystam z usługi

.....
Podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego¹

CZĘŚĆ C

Usługi doradcze

Wsparcie w zakresie poradnictwa dla osób niepełnosprawnych	
<input type="checkbox"/> skorzystam z usługi	<input type="checkbox"/> nie skorzystam z usługi
Proszę o możliwość skorzystania ze wsparcia w zakresie poradnictwa:	<input type="checkbox"/> rehabilitacja <input type="checkbox"/> radca prawny <input type="checkbox"/> prawnik <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> doradca zawodowy <input type="checkbox"/> porada z zakresu ZUS, PFRON, OPS <input type="checkbox"/> porada podatkowa <input type="checkbox"/> inne, zgodne z zapotrzebowaniem
Uzasadnienie:	

.....
Podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego¹

PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

CZĘŚĆ D

Wypożyczenie specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego

Usługa wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	
<input type="checkbox"/> skorzystam z usługi	<input type="checkbox"/> nie skorzystam z usługi
Proszę o wypożyczenie następującego sprzętu rehabilitacyjnego:	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki stabilizujący plecy i głowę z siedziskiem fotelowym <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki z hamulcem pomocowym <input type="checkbox"/> aparat do terapii kombinowanej TENS <input type="checkbox"/> balkonik z podparciem na łokcie <input type="checkbox"/> pionizator statyczny <input type="checkbox"/> pionizator dynamiczny <input type="checkbox"/> autolektor – urządzenie skanujące druk i odczytujące zawartą w nich treść <input type="checkbox"/> odtwarzacz książek dla osób niewidomych lub niedowidzących <input type="checkbox"/> inny
Uzasadnienie:	

.....
Podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego¹

¹dotyczy rodzica/opiekuna prawnego