

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

*(Kwestionariusz dotyczący osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinien
zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna)*

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

urodzony/a.....

zamieszkały/a.....

oświadczam co następuje:

1. Posiadam:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne,
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważne
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (dotyczy dziecka od ukończenia 2 do ukończenia 16 roku życia),
- ☐ inne orzeczenie o niepełnosprawności, wskazać jakie:
- ☐ nie posiadam żadnego orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Zapotrzebowanie a usługi asystencji osobistej:

- ☐ wymagam usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym,
- ☐ nie wymagam usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

3. Jestem osobą:

- ☐ samotnie gospodarującą,
- ☐ prowadzącą wspólnie gospodarstwo domowe zosobą/osobami
(wskazać liczbę osób),
- ☐ zamieszkującą i prowadzącą wspólnie gospodarstwo domowe z osobami
z niepełnosprawnością (proszę wskazać liczbę tych osób oraz ich stopień
niepełnosprawności).....

4. Wsparcie rodziny/osób bliskich:

- ☐ mam możliwość korzystania ze wsparcia rodziny lub osób bliskich,
- ☐ nie mam możliwości korzystania ze wsparcia rodziny ani osób bliskich.

5. Oświadczam, że w roku 2025:

- ☐ nie będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- ☐ będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

6. Oświadczam, że w roku 2025:

- ☐ nie będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Klubu Senior+,
Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę,
- ☐ będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Klubu Senior+,
Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę.

Rodzaj placówki:.....

Dni i godziny pobytu w placówce:.....

.....

7. Miejsce na opis sytuacji rodzinnej, zdrowotnej – może mieć wpływ na uczestnictwo
w Programie (nie dotyczy sytuacji mieszkaniowej i materialnej):

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIA	
1.	Oświadczam, że poinformuję Ośrodek Pomocy Społecznej w Książu Wielkopolskim o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej, mającej wpływ na kwalifikację do Programu
2.	Świadomy/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą, niniejszy oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Książ Wlkp., dnia.....

Czytelny podpis.....

