



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

KARTA OCENY

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY OSOBY POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA

| Wyszczególnienie | Odpowiedzi | | Pkt (wypełnia komisja) |
|---|------------|-----|---------------------------|
| | tak | nie | |
| 1) Osoba samotnie zamieszkująca | | | |
| 2) Osoba bez zatrudnienia | | | |
| 3) Osoba wymagająca wsparcia i dojazdu poza miejsce zamieszkania, np. dojazd i asystowanie podczas wizyty u lekarza | | | |
| 4) Osoba korzystająca z usług asystencji, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez inne instytucje np. ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych itp. | | | |
| suma | | | |

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY DZIECKA DO 16 ROKU ŻYCIA

| Wyszczególnienie | Odpowiedzi | | Pkt (wypełnia komisja) |
|--|------------|-----|---------------------------|
| | tak | nie | |
| 1) Rodzic samotnie wychowujący dziecko | | | |
| suma | | | |

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Krapkowice, dnia.....

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)