

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia nr 44/2024
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Skarżysku-Kamiennej z dnia 14.11.2024
w sprawie: wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i oceny zgłoszeń
do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Karta informacyjna osoby z niepełnosprawnością
Program
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

Skarżysko-Kamienna, ul.

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia, PESEL:

.....

II. Środowisko osoby z niepełnosprawnością:

Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą, bez możliwości korzystania z jej wsparcia np. ze względu na wiek, stan zdrowia, pracę zarobkową?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy na terenie miasta Skarżyska-Kamiennej mieszkają dla Pana(i) osoby bliskie?	<input type="checkbox"/> Tak (jakie?) <input type="checkbox"/> Nie
Czy ma Pan(i) możliwość uzyskania wsparcia ze strony osób bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie, proszę podać powód

<p style="text-align: center;">W domu poruszam się:</p>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą drugiej osoby <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych jakich?..... <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie
<p style="text-align: center;">Poza miejscem zamieszkania poruszam się:</p>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą drugiej osoby <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych jakich?..... <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)