



Zadanie publiczne finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych przez Powiat Żagański na rok 2024 pn: „Klub Samopomocy”

Karta Zgłoszenia Uczestnika „Klub Samopomocy”

I. Dane uczestnika zadania:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stożek niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,

2) dysfunkcja narządu wzroku ,

3) zaburzenia psychiczne ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie, ani z



Zadanie publiczne finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych przez Powiat Żagański na rok 2024 pn: „Klub Samopomocy”

pomocą sprzętów
ortopedycznych

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** /**Nie**

13. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....

.....

II. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** /**Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać, jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp.; jeśli wymienione zostaną formy wsparcia, dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....

.....

III. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości wsparcia oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania „Klub Samopomocy” (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).



Zadanie publiczne finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych przez Powiat Żagański na rok 2024 pn: „Klub Samopomocy”

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania ze wsparcia w „Klubie Samopomocy”

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do zadania „Klub Samopomocy” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia 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.