

### Karta oceny indywidualnej sytuacji kandydata

ubiegającego się o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, realizowanego przez **Fundację Eudajmonia** powierzonej przez **GOPS w Gminie Malczyce**.

#### I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

Adres zamieszkania .....

Stopień i symbol orzeczonej niepełnosprawności.....

Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności ..... / ☐ na stałe

#### II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY)

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

#### III. ŚRODOWISKO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

**1. Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób.**

☐ TAK      ☐ NIE

**2. Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością (posiadającą stopień umiarkowany, znaczny lub równoważny), bez możliwości wzajemnego wsparcia oraz korzystania ze wsparcia innych osób.**

☐ TAK      ☐ NIE

**3. Jestem osobą przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka.**

☐ TAK      ☐ NIE

**4. Jestem osobą przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.**

☐ TAK      ☐ NIE

#### **IV. POZIOM SAMODZIELNOŚCI W CODZIENNYM ŻYCIU**

*Zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoją sytuację.*

##### **1. Czynności samoobsługowe**

**- przygotowywanie i spożywanie posiłków**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

**- utrzymanie higieny osobistej**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

##### **2. Prowadzenie gospodarstwa domowego**

**- sprzątanie, pranie, utrzymanie sprawności sprzętu wspomagającego itp.**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

**- zakupy, robienie opłat itp.**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

##### **3. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (pokonywanie barier architektonicznych, orientacja w przestrzeni, transport środkami komunikacji itp.)**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

##### **4. Podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem (obsługa sprzętów do komunikacji, spacer, udział w wydarzeniach kulturalnych, sportowych itp., załatwianie spraw urzędowych, wsparcie w komunikowaniu się, podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych itp., wsparcie w wypełnianiu ról społecznych i podejmowaniu codziennych decyzji itp.)**

☐ robię samodzielnie    ☐ czasami potrzebuję pomocy    ☐ zawsze potrzebuję pomocy

#### **V. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA, EDUKACYJNA, SPOŁECZNA**

**1. Jestem uczniem/studentem/korzystam z placówki opiekuńczo-edukacyjnej (przedszkole/żłobek itp.)/ jestem aktywna/y zawodowo/ uczęszczam do placówki wsparcia dziennego (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy itp.)**

☐ TAK      ☐ NIE

**2. Potrzebuję wsparcia w dotarciu do ww. lub podczas wykonywania pracy zawodowej**

☐ Tak      ☐ Nie

**VI. WSPARCIE, JAKIM DYSPONUJĘ OBECNIE I W POPRZEDNICH LATACH**

**1. Pomoc bliższej lub dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy itp.**

☐ nigdy      ☐ czasami      ☐ często

**2. Osoba, z którą zamieszkuję jest moim opiekunem faktycznym (a nie jedynie osobą współzamieszkującą)**

☐ tak      ☐ nie/nie dotyczy

**3. Korzystam obecnie z usług asystenckich, usług opiekuńczych lub specjalistycznych opiekuńczych (GOPS, MOPS, inne fundacje/stowarzyszenia, prywatnie itp.), uczęszczam do placówki wsparcia dziennego (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy itp.)**

☐ Tak      ☐ Nie

**Jeśli „tak” czy ta pomoc jest wystarczająca ?**

☐ Tak      ☐ Nie

**4. Korzystałam/em ze wsparcia w Fundacji Eudajmonia w przynajmniej w jednym roku w ostatnich 2 latach (2024-2025)**

☐ Tak      ☐ Nie

**VII. WSPARCIE, KTÓREGO BRAKUJE MI W CODZIENNYM ŻYCIU**

- ☐ Poruszanie się poza domem (np. zakupy, urzędy, przychodnie)
- ☐ Udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, sportowych
- ☐ Pomoc w organizacji dnia/przypominanie o zadaniach
- ☐ Pomoc w komunikacji (czytanie, pisanie, rozmowa)
- ☐ Pomoc w nauce, pracy lub szkoleniu
- ☐ Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej
- ☐ Inne jakie? .....

W jakich czynnościach wsparcie asystenckie jest niezbędne - opis sytuacji życiowej

.....

.....

.....

## VIII. OŚWIADCZENIA I ZGODY

### 1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a):

- a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026,
- b) z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026, opracowanego przez Fundację Eudajmonia,
- c) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją Programu (<https://eudajmonia.pl/rodo/>).

### 2. Oświadczam że:

- a) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,
- b) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług; czynności te dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- c) w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 22 Programu finansowane ze środków publicznych,
- d) w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytania z części III na prośbę pracownika Fundacji Eudajmonia, prowadzącego rekrutację do Programu, zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnienie ww warunków.

3. Jeśli zostanę zakwalifikowany/a do udziału w Programie zgadzam się na bezpłatne wykorzystanie mojego wizerunku w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST - edycja 2026. Mój wizerunek może znajdować się na zdjęciach, w filmach i prezentacjach, które powstaną w ramach projektu. Zgody udzielam Realizatorowi Programu- Fundacji Eudajmonia.

☐ Tak      ☐ Nie

.....

(data i podpis osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna prawnego)