

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYBORU ASYSTENTA ZE WSKAZANIA

1. Oczekiwania wobec Asystenta

a) PŁEĆ.....

b) WIEK.....

2. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? Tak / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

3. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

UWAGI:

W ramach projektu nie są świadczone usługi opiekuńcze ani specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Asystent świadczy pomoc w:

- codziennych czynnościach (ubieranie się, dbanie o higienę i toalecie)
- asysta w przemieszczaniu się i transporcie (pomoc w poruszaniu się po domu i na zewnątrz, pomoc w obsłudze wózka inwalidzkiego, pomoc w korzystaniu z transportu publicznego i innych środków lokomocji, towarzyszenie podczas wizyt u lekarza, urzędach i zakupach,
- Towarzystwo w pracy, edukacji i wydarzeniach kulturalnych
- pomoc w kontaktach społecznych
- asysta w obsłudze komputera i korzystaniu z nowoczesnych technologii
- wsparcie w wypełnianiu dokumentów i formalności administracyjnych
- organizowanie spraw dnia codziennego (umawianie wizyt lekarskich, pomoc w płaceniu rachunków).

Przy rekrutacji będą brane pod uwagę następujące kryteria;

- potrzeby oraz poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
- samotne zamieszkiwanie i gospodarowanie (nie korzystanie ze wsparcia innych osób lub zamieszkiwanie z inną osobą, która z uwagi na stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności)
- stopień niepełnosprawności
- występowanie sprzężenia niepełnosprawnością
- zwiększenie możliwości samodzielnego i aktywnego życia
- korzystanie z innych form wsparcia

.....podpis beneficjenta

