**„USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ”**

FUNDACJA INSTYTUT ROZWOJU REGIONALNEGO ZAPRASZA

OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

**Kto może skorzystać z USŁUG ASYSTENCKICH?**

* Osoby z niepełnosprawnościami, posiadające aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,
* Osoby pełnoletnie,
* Osoby z Warszawy i powiatów: legionowskiego, wołomińskiego, mińskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego i warszawskiego zachodniego,
* Pierwszeństwo w korzystaniu z usług asystenckich mają osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawnością, z niepełnosprawnością intelektualną, sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi lub korzystające ze wsparcia PO PŻ lub których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego.

**Co obejmuje pomoc Asystentów?**

* wsparcie w przemieszczaniu się do różnych miejsc aktywności społecznej i zawodowej (do urzędów, lekarza, do kina, itp.) oraz asysta w tych miejscach,
* wsparcie w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego,
* wsparcie podczas zajęć edukacyjnych, kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych, itp.
* w razie potrzeby zapewniamy tłumacza języka migowego.

Więcej informacji:

Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Oddział Warszawa,

Plac Konstytucji 4/5, 00-657 Warszawa,

Informacji udziela Izabela Angielczyk-Kalata

tel. 663-660-051, e-mail: [izabela.angielczyk-kalata@firr.org.pl](mailto:izabela.angielczyk-kalata@firr.org.pl).

[www.firr.org.pl](http://www.firr.org.pl)

***„USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ”***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce zamieszkania | Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr domu/Nr mieszkania |  | |
| Obszar\* | miasto | wieś |
| Kod pocztowy |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Nr telefonu |  | |
| Inna osoba do kontaktu  (nr telefonu) |  | |
| Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niepełnosprawność | Rodzaj niepełnosprawności (symbol) |  |
| Znaczny (I) stopień |  |
| Umiarkowany (II) stopień |  |
| Lekki (III) stopień |  |

* Dodatkowe informacje o rodzaju niepełnosprawności i potrzebach osoby niepełnosprawnej: ………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................
* Sposób poruszania się po mieście (np. samodzielnie, na wózku, z pomocą opiekuna): ..................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

* Oczekiwania dotyczące usług asystenckich

Częstotliwość realizacji usługi (np. jednorazowo, raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu itp.): ........................................................................................................................................................

Miejsce/miejsca realizacji usługi: (prosimy o określenie miejscowości) ........................................................................................................................................................

Opis usługi asystenckiej (oczekiwania względem asystenta): ………………………………………………………………………………………………….……...…….

………………………………………………………………………………………………………….……

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych do celów realizacji zadań statutowych oraz obowiązków ustawowych przez Fundację Instytut Rozwoju Regionalnego. W przypadku jakichkolwiek zmian powyższych danych zobowiązuję się powiadomić o nich Fundację Instytut Rozwoju Regionalnego w Krakowie, 31-261 Kraków, ul. Wybickiego 3a, telefon: (012) 629-85-14, faks 629-85-15, email: biuro@firr.org.pl. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych zobowiązuję się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Fundacji Instytut Rozwoju Regionalnego pod adresem: iod@firr.org.pl.*

*Zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, z siedzibą w Krakowie, przy ul. Wybickiego 3a, a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy zlecenia/dzieło/prawa autorskie oraz w celu realizacji obowiązków ustawowych Fundacji. Jestem świadomy/a, że w razie takiej konieczności dane mogą być udostępniane do instytucji upoważnionych do kontroli realizacji realizowanych w ramach umowy projektów, podmiotom udzielającym świadczenia zdrowotne, podmiotowi organizującemu szkolenia w zakresie bhp, zakładom ubezpieczeń i brokerom ubezpieczeniowym oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.*

*Zostałem/am poinformowany/a o prawie do dostępu do swoich danych, ich aktualizowania i modyfikowania.*

………..…………………… ….……..………………………………………………………

(*miejscowość i data*) (*czytelny podpis osoby zgłaszającej)*