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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, kod pocztowy |  | | | |
| Ulica, nr domu/nr mieszkania |  | | | |
| Obszar *(zaznaczyć x)* | miasto |  | wieś |  |
| Województwo |  | | | |
| Powiat |  | | | |
| Nr telefonu |  | | | |
| Inna osoba do kontaktu  (nr telefonu) |  | | | |
| Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj niepełnosprawności (symbol) |  | | |
| * Znaczny (I) stopień |  | | |
| * Umiarkowany (II) stopień |  | | |
| * Lekki (III) stopień |  | | |
| Osoba której dochód na członka w rodzinie kształtuje się na poziomie poniżej progu ustawowego - dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej *(zaznaczyć x)* | TAK | NIE |
|  |  |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) *(zaznaczyć x)* | TAK | NIE |
|  |  |

* Dodatkowe informacje o rodzaju niepełnosprawności i potrzebach osoby z niepełnosprawnościami: …………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................
* 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): ………………………………………………………………………………………………….……...…….

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

*Zgłoszenia można składać osobiście w Fundacji Instytut Rozwoju Regionalnego pl. Konstytucji 5 lok. 4 (wejście od ul. Koszykowej) po wcześniejszym umówieniu, tel.663-660-051; lub w wersji elektronicznej: e-mail:* [*asystent.warszawa@firr.org.pl*](mailto:asystent.warszawa@firr.org.pl)*.*

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

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