

**ANKIETA do Pr. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

1. Status na rynku pracy:

- osoba aktywna zawodowo
- osoba nieaktywna zawodowo
- nie dotyczy

2. W przypadku osób aktywnych zawodowo proszę o wskazanie:

Miejsca oraz siedziby pracy:

Godzin pracy (godziny stałe/system zmianowy)

3. W 2024r. korzystam/mój podopieczny korzysta z innych programów Ministra w zakresie usług asystencji osobistej:

- tak
- nie

Jeżeli TAK, należy wpisać nazwę programu, przyznany roczny limit godzin tych usług oraz jednostkę, która przyznała te usługi

.....

4. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Warsztatu Terapii Zajęciowej

- tak
- nie

Jeżeli TAK, należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z WTZ?

- tak
- nie

5. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Zakładu Aktywności Zawodowej

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....
.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z ZAZ?

tak

nie

6. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Dziennego Domu Pobytu

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....
.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z DDP?

tak

nie

7. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Środowiskowego Domu Samopomocy

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....
.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z ŚDS?

tak

nie

8. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do przedszkola/szkoły/uczelni

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....
.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z powyższej placówki?

tak

nie

Informacje dodatkowe:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika programu/przedstawiciela ustawowego



Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2024

