

**Informacja dodatkowa do wniosku  
o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia .....

Numer telefonu ....., e-mail.....

**1. Rodzaj niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć)**

- niepełnosprawność z powodu narządu ruchu
- niepełnosprawność z powodu narządu wzroku
- niepełnosprawność z powodu narząd słuchu
- niepełnosprawność intelektualna
- choroba psychiczna
- inne, (jakie?)

.....

**2. Członkowie rodziny zamieszkujący z osobą niepełnosprawną (proszę podkreślić)**

- a) mąż, żona
- b) dzieci:            ile .....
- c) inni członkowie rodziny (kto?) .....
- d) gospodarstwo jednoosobowe

**3. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?**

- a) Tak
- b) Nie, za pomocą
  - kul
  - wózka
  - balkoniku
  - inne (jakie?)

.....

**4. Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?**

- a) codziennie
- b) kilka razy w tygodniu
- c) 1-2 w tygodniu
- d) rzadziej

**5. Z którymi poniżej podanymi czynnościami ma Pan/Pani problem w codziennym życiu?**

- a) przygotowywanie posiłków
- b) ubieranie
- c) korzystanie z toalety
- d) higiena osobista
- e) sprzątanie
- f) zakupy
- g) wyjście z domu
- h) inne, (jakie)? .....

**6. Czy korzysta Pan/Pani z usług opiekuńczych (np. z Ośrodka Pomocy Społecznej)?**

- a) Tak, jak często? .....
- b) Nie

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).**

.....

(podpis Beneficjenta)