**Karta zgłoszenia do projektu ,,Asystentura osób starszych – subregion wałbrzyski 2025-2026’’**

**Dane uczestnika projektu:**

1. Imię i nazwisko osoby potrzebują…………………………………………………..
2. PESEL ……………………………………………………………………………..
3. Data urodzenia ……………………………………………………………………..
4. Adres zamieszkania ………………………………………………………………..
5. Telefon kontaktowy………………………………………………………………..
6. Imię i nazwisko opiekuna (jeśli dotyczy ) …………………………………………
7. Adres zamieszkania ………………………………………………………………..
8. Telefon kontaktowy ……………………………………………………………..
9. W jakich czynnościach w szczególności potrzebne jest wsparcie:
10. Czynności samoobsługowe - **Tak ☐/Nie☐**
11. Czynności pielęgnacyjne - **Tak ☐/Nie☐**
12. W prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych - **Tak ☐/Nie☐**
13. W przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania - **Tak ☐/Nie☐**
14. W podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem - **Tak ☐/Nie ☐**
15. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarując, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich? - **Tak ☐/Nie☐**
16. Czy porusza się Pan/Pani:

W domu 🞏 1. Samodzielnie 🞏 2. Z pomocą sprzętów 🞏 3. Nie porusz się

Poza miejscem zamieszkana 🞏 1. Samodzielnie 🞏 2. Z pomocą sprzętów ortopedycznych

🞏 3. Nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych 🞏

 **Środowisko :**

1. Jakie przeszkody napotyka Pan/Pani w miejscu zamieszkania/ poza miejsce zamieszkania?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Oczekiwania wobec asystenta:**

Proszę o wskazanie cech asystent, które Pan/Pani zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: ………………………………………………………………
2. Wiek ……………………………………………………………..
3. Inne np. posiadane umiejętności ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. W jakich godzinach/porach dnia/ jakich dniach potrzebne będzie wsparcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne

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

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią regulaminu zadania publicznego ,,Asystentura osób starszych – subregion wałbrzyski 2025-2026’’

Data ……………………………………….

Podpis osoby potrzebującej wsparcia lub opiekuna……………………………….