

## Załącznik Nr 8 do Regulaminu

### OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

- I. Imię i nazwisko uczestnika Programu .....
- II. Data złożenia wniosku: .....
- III. OCENA FORMALNA:
- 1) **Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 – Załącznik Nr 1 do Regulaminu TAK / NIE\***
  - 2) **Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE\***  
**Data ważności orzeczenia: .....**
  - 3) **Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 – Załącznik Nr 2 do Regulaminu TAK / NIE\***
  - 4) **Klauzulę informacyjną (RODO - MRiPS) - stanowiącą Załącznik Nr 3 do Regulaminu: TAK / NIE\***
  - 5) **Oświadczenie uczestnika/rodzica/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 o korzystaniu / niekorzystaniu z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego – stanowiące Załącznik Nr 4 do Regulaminu. TAK / NIE\***
  - 6) **Oświadczenie – deklaracja wyboru asystenta osobistego, dotyczące wskazania osoby, która będzie świadczyć usługę asystencji – stanowiące Załącznik Nr 5 do Regulaminu. TAK / NIE\***
  - 7) **Oświadczenie – akceptacja asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością - Załącznik Nr 6 do Regulaminu. TAK / NIE\***

*Zadanie publiczne „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2024 jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.*

8) **Klauzula informacyjna (RODO - GOPS)** - stanowiącą **Załącznik Nr 7 do Regulaminu**  
**TAK / NIE\***

IV. OCENA MERYTORYCZNA

1) Osoba z niepełnosprawnością, stale przebywa w domu / korzysta / nie korzysta\* np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

**TAK / NIE**

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

2) Stan zdrowia - stopień i rodzaj niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością.

- dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji/ złożoną; /2 pkt/
- Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności posiadająca niepełnosprawność sprzężoną / złożoną; /2 pkt/
- Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności /2 pkt/
- Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności posiadająca niepełnosprawność sprzężoną / złożoną; /1 pkt/
- Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności /1 pkt/

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

3) Sytuacja życiowa osoby z niepełnosprawnością

*Zadanie publiczne „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2024 jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.*

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

- Niepełnosprawność lub / i długotrwała i ciężka choroba u pozostałych członków zamieszkujących z uczestnikiem Programu; /1 pkt/
- Brak wsparcia społecznego / samotne rodzicielstwo; /1 pkt/
- Wystąpienie sytuacji kryzysowej / zdarzenia losowego w okresie 3 msc. poprzedzających złożenie wniosku; /1 pkt/

V. Uczestnik został zakwalifikowany / nie został\* zakwalifikowany do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024

VI. PRYZNANA ILOŚĆ GODZIN: .....

Podpisy Komisji Rekrutacyjnej:

1) .....

2) .....

3) .....

\*niepotrzebne skreślić