



Finansowane  
przez Samorząd  
Województwa  
Opolskiego

**„ Wspólnie dla pełni życia „ - asystencja osobista**

**Zadanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego ze środków PFRON**

### KARTA OCENY

| KRYTERIUM                                                                                                                                                        | ODPOWIEDZI |     | PUNKTY<br>(WYPEŁNIA<br>KOMISJA) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|---------------------------------|
|                                                                                                                                                                  | TAK        | NIE |                                 |
| Kandydat jest osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym                                                                                                     | 4          | 0   |                                 |
| Przyczyną niepełnosprawności Kandydata jest Trisomia 21                                                                                                          | 5          | 0   |                                 |
| Wiek Kandydata powyżej 8 lat                                                                                                                                     | 4          | 0   |                                 |
| Rodzic/Opiekun Kandydata jest osobą samotnie prowadzącą gospodarstwo domowe                                                                                      | 3          | 0   |                                 |
| Rodzic/Opiekun Kandydata aktywnie wspiera działania Fundacji XXI wiek                                                                                            | 7          | 0   |                                 |
| Kandydat korzysta aktualnie z programu Asystent realizowanego przez inne podmioty/organizacje                                                                    | - 20       | 3   |                                 |
| Kandydat korzysta aktualnie z innych programów wspierające osoby niepełnosprawne ( np. wytchnieniowa, rehabilitacja) realizowane przez inne podmioty/organizacje | 0          | 2   |                                 |
| Inne...                                                                                                                                                          |            |     |                                 |
| SUMA                                                                                                                                                             |            |     |                                 |

\* Odpowiednią odpowiedź proszę otoczyć w kółko.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w programie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata/rodzica/opiekuna prawnego

KRS 0000553153; NIP 754-30-92-464; REGON 361265931