

Karta Zgłoszenia do Programu

„Wspólnie dla pełni życia” - asystencja osobista

Zadanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego ze środków PFRON

1.	Nazwisko i imię rodzica			
2.	Adres zameldowania rodzica			
3.	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny)			
4.	Numer telefonu i e-mail			
5.	PESEL rodzica			
6.	Nazwisko i imię, data urodzenia oraz PESEL kandydata do projektu (dziecka lub osoby dorosłej)		Data urodzenia	PESEL
7.	Adres zamieszkania kandydata do projektu			
8.	Orzeczona niepełnosprawność kandydata do projektu (dziecka lub osoby dorosłej)	☐ TAK		Data ważności orzeczenia:
9.	Rodzaj niepełnosprawności	☐ Niepełnosprawność intelektualna		☐ Niepełnosprawność sprzężona
10.	Prowadzenie gosp. domowego przez rodziców/opiekunów kandydata do projektu	☐ samotnie ☐ ze współmałżonkiem		
11.	Aktywność zawodowa rodziców/opiekunów	TAK ☐	NIE ☐	☐ jednego rodzica ☐ obojga rodziców
12.	Aktywność społeczna rodziców/opiekunów	TAK ☐	NIE ☐	Rodzaj aktywności:
13.	Uczestnictwo kandydata w innym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON	TAK ☐	NIE ☐	Nazwa organizacji:
14.	Inne uwagi	TAK ☐	NIE ☐	
15.	Uzasadnij potrzebę realizacji usług asystenckich dla kandydata (dziecka/osoby dorosłej)			
16.	Ilość postulowanych godzin asystentury średnio w miesiącu	☐ 25 godzin	☐ od 25 do 30 godzin	☐ powyżej 30 godzin
17.	Data i czytelny podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna dokonującego zgłoszenia kandydata			