# Informacja dodatkowa do wniosku

**o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

Nazwisko i imię ........................................................................................................................................

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Data urodzenia ....................................................

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

## *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?)

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

## *Członkowie rodziny zamieszkujący z osobą niepełnosprawną (proszę podkreślić)*

a) mąż, żona

b) dzieci:  ile ..........

c) inni członkowie rodziny (kto?) ....................................................................................................

d) gospodarstwo jednoosobowe

## *Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?*

1. Tak
2. Nie, za pomocą
	* kul
	* wózka
	* balkoniku
	* inne (jakie?)

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

## *Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?*

1. codziennie
2. kilka razy w tygodniu
3. 1-2 w tygodniu
4. rzadziej

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

1. przygotowywanie posiłków
2. ubieranie
3. korzystanie z toalety
4. higiena osobista
5. sprzątanie
6. zakupy
7. wyjście z domu

h) inne, (jakie)? ................................................................................................................................

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

a) Tak, jak często? ............................................................................................................................

b) Nie

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

(podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)