

**Informacja dodatkowa do wniosku
o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Numer telefonu, e-mail.....

1. 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?)

.....

2. Członkowie rodziny zamieszkujący z osobą niepełnosprawną (proszę podkreślić)

- a) mąż, żona
- b) dzieci: ile
- c) inni członkowie rodziny (kto?)
- d) gospodarstwo jednoosobowe

3. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?

- a) Tak
- b) Nie, za pomocą
 - kul
 - wózka
 - balkoniku
 - inne (jakie?)

.....

4. Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?

- a) codziennie
- b) kilka razy w tygodniu
- c) 1-2 w tygodniu
- d) rzadziej

5. Z którymi poniżej podanymi czynnościami ma Pan/Pani problem w codziennym życiu?

- a) przygotowywanie posiłków
- b) ubieranie
- c) korzystanie z toalety
- d) higiena osobista
- e) sprząatanie
- f) zakupy
- g) wyjście z domu
- h) inne, (jakie)?

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

- a) Tak, jak często?
- b) Nie

.....
(podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)