

KARTA DIAGNOZY POTRZEB

Karta przeznaczona jest dla mieszkańców Gminy Miasto Złotów zainteresowanych korzystaniem w 2027 r. z usług asystencji osobistej.

Wypełnioną i podpisaną kartę należy złożyć w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Złotowie, w terminie do dnia 24.09.2026 roku.

I. DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

II. POSIADANE ORZECZENIE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie równoważne z orzeczeniem o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, zawierające wymagane w Programie wskazania w pkt 7 i 8 orzeczenia

Termin ważności orzeczenia:

☐ bezterminowo

☐ do dnia:

Na etapie diagnozy nie ma potrzeby dołączania kopii orzeczenia.

III. DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE Z ASYSTENCJI OSOBISTEJ

Czy w 2026 r. korzystał/a Pan/Pani z usług asystencji osobistej?

☐ tak ☐ nie

Miesięczna liczba przyznanych godzin w 2026 r.:

IV. ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI W 2027 R.:

W jakich obszarach potrzebne byłoby wsparcie asystenta? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ czynności samoobsługowe i higiena
- ☐ wykonywanie codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
- ☐ przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
- ☐ komunikowanie się z innymi osobami, w tym wyrażanie swoich potrzeb oraz rozumienie i przekazywanie informacji
- ☐ uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym, zawodowym

Przewidywana liczba potrzebnych godzin usług miesięcznie:

V. PLANOWANY ASYSTENT

Czy w przypadku realizacji Programu zamierza Pan/Pani wskazać osobę, która miałaby świadczyć usługi asystencji osobistej?

☐ tak

☐ nie

☐ jeszcze nie wiem

Imię i nazwisko planowanego asystenta:

(Podanie imienia i nazwiska planowanego asystenta na etapie diagnozy jest dobrowolne i służy wyłącznie oszacowaniu liczby asystentów potrzebnych do realizacji Programu w 2027 r.).

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data i podpis)

Niniejsza karta służy wyłącznie rozpoznaniu zapotrzebowania mieszkańców Gminy Miasto Złotów na usługi asystencji osobistej oraz oszacowaniu liczby potencjalnych uczestników, liczby godzin usług, liczby asystentów i kosztów realizacji Programu w 2027 r.

Złożenie niniejszej karty nie jest zgłoszeniem do udziału w Programie, nie oznacza zakwalifikowania do Programu oraz nie gwarantuje przyznania usług ani określonej liczby godzin asystencji osobistej.

W przypadku otrzymania przez Gminę Miasto Złotów środków na realizację Programu zostanie przeprowadzony odrębny nabór uczestników, zgodnie z zasadami Programu AOOzN – edycja 2027.