



## ANKIETA kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko : .....

Wiek : .....

Wykształcenie : .....

Zainteresowania : .....

Znajomość i stopień języków (migowy, angielski, niemiecki, inne)

.....  
.....

1. Jakiego wsparcia w obszarze życia codziennego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ?

- pomoc w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych
- pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych
- pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- pomoc w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem
- pomoc w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- inne (jakie?) .....

2. Jakiego wsparcia w obszarze życia społecznego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ? :

- wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych np. na poczcie, banku
- pomoc w wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez osobę niepełnosprawną miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe, szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, wydarzenia kulturalne /rozrywkowe /społeczne /sportowe itp. )
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- pomoc w nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami

**Program finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób  
Niepełnosprawnych w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej.**



- pomoc w korzystaniu przez osobę niepełnosprawną z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.)

3. Posiadane cechy charakteru i kompetencje:

- wrażliwość, - empatia, - cierpliwość, - koleżeństwo, - otwartość i komunikatywność,  
- odpowiedzialność, - punktualność, - zaangażowanie w pracę, - odporność psychiczna, - dyskrecja, - spostrzegawczość, - wytrwałość,

4. Dyspozycyjność i możliwy czas pracy:

Poniedziałek	od godz. ....	do godz. ....
wtorek	od godz. ....	do godz. ....
środa	od godz. ....	do godz. ....
czwartek	od godz. ....	do godz. ....
piątek	od godz. ....	do godz. ....
sobota	od godz. ....	do godz. ....
niedziela	od godz. ....	do godz. ....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....  
Imię i nazwisko