**Załącznik nr 3** **do Regulaminu** **Udziału Mieszkańców Gminy Łapy**

w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

 – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

**KARTA KWALIFIKACJI PIERWSZEŃSTWA UCZESTNIKA
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025**

**Imię i nazwisko Uczestnika ……….…………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA** | **ODPOWIEDŹ\*** |
| **TAK** | **NIE** |
|  | Czy Uczestnik mieszka na terenie gminy Łapy? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności –konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji? (0-2 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)? (0-2 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik porusza się z pomocą wózka inwalidzkiego?(0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą samotną, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą wspólnie zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością lub z osobą powyżej 60 roku życia? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy w związku z opieką nad Uczestnikiem są pobierane świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik mieszka na obszarze wiejskim? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą korzystającą z innej formy pomocy i wsparcia osób z niepełnosprawnością? (Dzienny Dom Senior +, Klub Senior +, Środowiskowy Dom Samopomocy, Centrum Opiekuńczo- Mieszkalne, usługi opiekuńcze w tym specjalistyczne i inne)? (0-1 pkt.) |  |  |

Opis trudnej sytuacji uczestnika (pole nieobowiązkowe) (0-5 pkt.) : ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………......………………………………………………………………………………………………...………………………………………………..............

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

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

(podpis Uczestnika/opiekuna prawnego)