



**Zadanie realizowane w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej,
pn.: Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji
Pozarządowych- edycja 2025.**

**Źródłem finansowania Programu są środki pochodzące z Funduszu Solidarnościowego na
2025 rok.**

KARTA OCENY

KRYTERIUM	ODPOWIEDZI		PUNKTY (wypełnia komisja)
	TAK	NIE	
Osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca			
Osoba niesamodzielna ruchowo			
Osoba zamieszkująca z osobami z niepełnosprawnościami w stopniu umiarkowanym, bądź znacznym albo pozostającymi w zatrudnieniu			
Osoba wymagająca wsparcia i dojazdu poza miejsce zamieszkania, np. dojazd i asystowanie podczas wizyty u lekarza			
Osoba korzystająca z usług asystencji, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych itp. świadczonych przez instytucje, np. Ośrodek Pomocy Społecznej, Centrum Usług Wspólnych lub pozostaje pod opieką osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne z tyt. opieki nad Uczestnikiem Programu:			
Osoba lub dziecko przebywająca podczas nauki w internacie lub innym ośrodku			



świadczącym usługi asystenckie lub opiekuńcze całodobowe na czas pobytu			
Osoby aktywne zawodowo posiadające dziecko z niepełnosprawnością			
Osoby samotnie wychowujące dziecko z niepełnosprawnością			
Dwoje dzieci z niepełnosprawnością w jednym wspólnym gospodarstwie domowym			
SUMA:			

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

OPOLE, dnia

.....

Podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego