**ANKIETA**

**KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**IMIĘ I NAZWISKO**

**……………………………………………………………………………………………………………………….……………**

**WIEK:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**POSIADANE WYKSZTAŁCENIE**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ZAINTERESOWANIA**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW:**  MIGOWY, J. ANGIELSKI, J. NIEMIECKI INNE ...................

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

 pomoc przy realizacji obowiązków domowych

 pomoc przy robieniu zakupów, szczególnie w wielkopowierzchniowych sklepach, po których trudno poruszać się osobom z niepełnosprawnościami

 pomoc w dotarciu na wizytę u lekarza lub rehabilitanta

 pomoc w załatwianiu spraw finansowych, w tym podliczaniu i opłacaniu rachunków, korzystaniu z niektórych bankomatów

 inne ( jakie?) ……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych, np. na poczcie i w banku.

 pomoc w zakresie poruszania się komunikacją miejską,

 nauka sposobu poruszania się po określonych miejscach publicznych wsparcie w nowych, nieznanych miejscach i poruszanie się po obszarach, które nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

 wsparcie w zakresie dostępu do dóbr kultury, w tym pomoc w zorganizowaniu wyjścia do kina lub teatru

 pomoc w zakresie organizowania aktywności w czasie wolnym

1. **Posiadane cechy charakteru i kompetencje:**

 odpowiedzialność,

 punktualność,

 odporność psychiczna,

 konsekwencja,

 dyskrecja,

 spostrzegawczość,

 wytrwałość

 cierpliwość

 wrażliwość,

 empatia,

 cierpliwość,

 koleżeńskość,

 otwartość i komunikatywność,

 zaangażowanie w pracę

 sprawność fizyczna

 przygotowanie z zakresu psychologii lub pedagogiki

(co nie oznacza posiadania wyższego wykształcenia),

1. **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 z niepełnosprawnością” – edycja 2024 (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)