

**KARTA ZGŁOSZENIA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRAWO ZAMIESZKANIA
WE WSPOMAGANEJ SPOŁECZNOŚCI MIESZKANIOWEJ
PRZY STOWARZYSZENIU „ODZYSKAĆ WIĘZI”**

DANE OSOBOWE KANDYDATA	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
DANE TELEADRESOWE	
Adres zamieszkania	
Telefon	
Adres e-mail	
SYTUACJA ZDROWOTNA	
Diagnoza spektrum autyzmu / całościowych zaburzeń rozwoju (kryterium pierwszeństwa – nie jest warunkiem udziału w rekrutacji)	☐ TAK – rok diagnozy: ☐ NIE
Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym	☐ TAK ☐ NIE ☐ orzeczenie ważne bezterminowo ☐ orzeczenie ważne do:
Decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia wydana przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności	☐ TAK ☐ NIE Decyzja ważna do:
Liczba punktów uzyskanych w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia	☐ od 95 do 100 punktów ☐ od 90 do 94 punktów ☐ od 85 do 89 punktów ☐ od 80 do 84 punktów ☐ od 75 do 79 punktów ☐ od 70 do 74 punktów ☐ mniej niż 70 punktów
Choroby współistniejące	☐ TAK – jakie?: ☐ NIE
Sposób komunikacji	☐ mowa werbalna ☐ komunikacja alternatywna / wspomagająca (AAC) – jaka: ☐ inny:
Szczególne potrzeby sensoryczne lub inne istotne informacje o funkcjonowaniu	

	
Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy występowały zachowania agresywne wobec innych osób lub autoagresywne?	☐ TAK – proszę opisać okoliczności i częstotliwość: ☐ NIE
Ubezważnowolnienie	☐ NIE ☐ TAK – całkowite ☐ TAK – częściowe
Opiekun prawny / kurator (imię, nazwisko, kontakt)	☐ NIE dotyczy ☐ TAK:
Kto podejmuje decyzje w sprawach kandydata	☐ kandydat samodzielnie ☐ rodzic ☐ opiekun prawny ☐ kurator ☐ pełnomocnik – zakres pełnomocnictwa:
SYTUACJA ZAWODOWA I EDUKACYJNA	
Wykształcenie	☐ brak ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ ponadpodstawowe ☐ wyższe
Zatrudnienie	☐ TAK – miejsce zatrudnienia: ☐ NIE
Nauka / korzystanie z placówki wsparcia dziennego (WTZ, ŚDS, ZAZ, inne)	☐ TAK – nazwa i adres placówki: Od kiedy: ☐ NIE
Korzystanie ze wsparcia Stowarzyszenia „Odzyskać Więzi” obecnie lub w okresie ostatnich trzech lat	☐ TAK – jaka forma wsparcia i od kiedy: ☐ NIE
SYTUACJA SOCJALNA I MIESZKANIOWA	
Źródło dochodu	
Wysokość dochodu netto (miesięcznie)	
Aktualna sytuacja mieszkaniowa	☐ mieszkam samodzielnie ☐ mieszkam z rodzicami / jednym rodzicem ☐ posiadam tytuł prawny do lokalu mieszkalnego ☐ inna:
Obecnie potrzebuję pomocy w następujących czynnościach	
SAMODZIELNOŚĆ FUNKCYJNALNA	
Czy kandydat samodzielnie wychodzi z domu / porusza się w terenie	☐ TAK ☐ NIE ☐ częściowo – jakie ograniczenia:

Czy kandydat samodzielnie korzysta z komunikacji publicznej	☐ TAK ☐ NIE ☐ częściowo
Czy kandydat samodzielnie robi zakupy	☐ TAK ☐ NIE ☐ częściowo
Czy kandydat obsługuje pieniądze / finanse własne	☐ TAK ☐ NIE ☐ częściowo
Czy kandydat korzysta z telefonu / internetu	☐ TAK ☐ NIE ☐ częściowo
KONTAKT AWARYJNY I OPIEKA ZDROWOTNA	
Lekarz POZ prowadzący	Imię i nazwisko: Telefon / adres placówki:
Psychiatra	☐ NIE dotyczy ☐ TAK – imię i nazwisko, kontakt:
Neurolog/inny	☐ NIE dotyczy ☐ TAK – imię i nazwisko, kontakt:
Osoba do kontaktu awaryjnego (jeżeli inna niż opiekun prawny wskazany wyżej)	Imię i nazwisko: Stopień pokrewieństwa / relacja: Telefon: Adres: Czy może odebrać kandydata w sytuacji nadzwyczajnej: ☐ TAK ☐ NIE Orientacyjny czas dotarcia:

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że jestem zainteresowana/zainteresowany zamieszkaniem w WSM prowadzonej przez Stowarzyszenie „Odzyskać Więzi” i akceptuję warunki funkcjonowania WSM, w tym obowiązek ponoszenia kosztów związanych z zamieszkiwaniem w WSM (m.in. eksploatacja mieszkania i media, udział w kosztach utrzymania części wspólnych), określonych w umowie najmu wraz z zestawieniem kosztów. Przyjmuję do wiadomości, że usługi wspomagające są finansowane ze środków w wysokości zaakceptowanej przez PFRON w ramach programu „Wsparcie mieszkańców Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych”.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem organizacyjnym WSM oraz Regulaminem rekrutacji i akceptuję ich postanowienia, w tym postanowienia dotyczące bezpieczeństwa, zgodnie z którymi w WSM nie mogą przebywać osoby przejawiające utrwalone zachowania agresywne stwarzające bezpośrednie zagrożenie dla życia, zdrowia lub bezpieczeństwa mieszkańców lub personelu.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się ze wzorem umowy najmu mieszkania w WSM i akceptuję przedstawione w nim postanowienia.
- Oświadczam, że powyższe dane oraz informacje podane w kwestionariuszu funkcjonowania i bezpieczeństwa kandydata są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji nieprawdziwych albo zatajenie informacji o okolicznościach istotnych dla

bezpieczeństwa mieszkańców lub personelu WSM stanowi podstawę niezakwalifikowania do zamieszkania w WSM, a po zawarciu umowy najmu – rażące naruszenie umowy.

5. Oświadczam, że: ☐ posiadam pełną zdolność do czynności prawnych / ☐ jestem osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie / ☐ jestem osobą ubezwłasnowolnioną częściowo (właściwe zaznaczyć).
6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania do zamieszkania w WSM moje dane osobowe, poziom potrzeby wsparcia oraz termin ważności decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia zostaną umieszczone na liście osób zakwalifikowanych i przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu uzyskania dofinansowania funkcjonowania WSM.
7. Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO: ☐ TAK

Chcę zostać poinformowana/poinformowany o wynikach rekrutacji (proszę wybrać jedną opcję):

- ☐ telefonicznie (wiadomością SMS) pod numer telefonu:
- ☐ pocztą elektroniczną na adres e-mail:
- ☐ osobiście w siedzibie Stowarzyszenia „Odzyskać Więzi”, ul.,

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis kandydata / opiekuna prawnego

Załączniki:

1. aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
2. decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia (nieprzeterminowana na dzień złożenia karty zgłoszenia),
3. dokumentacja potwierdzająca diagnozę spektrum autyzmu,
4. zaświadczenie o zatrudnieniu, nauce lub korzystaniu z placówki wsparcia dziennego (jeżeli dotyczy),
5. oświadczenie o dochodach,
6. zaświadczenie o dotychczasowym miejscu zamieszkania wraz z tytułem prawnym do lokalu – jeżeli kandydat taki posiada,
7. oświadczenie o wskazaniu lokalu, w którym kandydat będzie mógł zamieszkać w przypadku opuszczenia WSM,
8. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna lub kuratora,
9. wypełniony kwestionariusz funkcjonowania i bezpieczeństwa kandydata,
10. podpisana klauzula informacyjna RODO.