Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji osób ubiegających się o prawo zamieszkania w WSM "Przystań"

**Program PFRON „Wsparcie mieszkańców Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych"**

# KARTA ZGŁOSZENIA

## OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRAWO ZAMIESZKANIA W WSM „PRZYSTAŃ"

**Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więzi"**

**INSTRUKCJA:** Prosimy wypełnić wszystkie rubryki. Jeżeli pytanie nie dotyczy kandydata, **należy wpisać „nie dotyczy" albo zaznaczyć odpowiednią opcję.** Dokumenty należy ułożyć zgodnie z numerami załączników wskazanymi w wykazie na końcu karty. Dokumenty oznaczone „jeżeli dotyczy" dołącza się tylko w odpowiednich przypadkach.

### I. DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE

1. Imię i nazwisko kandydata

2. Data i miejsce urodzenia

3. PESEL

4. Adres zamieszkania

5. Numer telefonu i adres e-mail do kontaktu (proszę wskazać, do kogo należą)

### II. SYTUACJA PRAWNA I DOKUMENTY

1. Czy kandydat jest ubezwłasnowolniony?

☐ NIE ☐ TAK – całkowicie ☐ TAK – częściowo

2. Kto jest uprawniony do reprezentowania kandydata?

☐ kandydat samodzielnie ☐ opiekun prawny ☐ kurator (w zakresie uprawnień) ☐ pełnomocnik

Imię i nazwisko oraz kontakt osoby uprawnionej (jeżeli dotyczy)

3. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

☐ TAK – bezterminowe ☐ TAK – ważne do: _____ ☐ NIE

4. Decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia (WZON)

☐ TAK ☐ NIE Liczba punktów: _____ Ważna do: _____

## III. KRYTERIA PIERWSZEŃSTWA I SYTUACJA EDUKACYJNA

1. Diagnoza spektrum autyzmu / całościowych zaburzeń rozwoju (kryterium pierwszeństwa, nie warunek udziału)

☐ TAK – rok diagnozy: _____ ☐ NIE

2. Czy kandydat korzysta obecnie lub korzystał w ciągu ostatnich trzech lat ze wsparcia Stowarzyszenia?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK – jaka forma wsparcia i w jakim okresie?

3. Wykształcenie

☐ brak ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ ponadpodstawowe ☐ wyższe

4. Nauka, zatrudnienie lub korzystanie z placówki wsparcia dziennego (WTZ, ŚDS, ZAZ, inne)

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK – nazwa placówki / miejsca zatrudnienia oraz od kiedy:

## IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA I DOCHODY

1. Aktualna sytuacja mieszkaniowa

☐ z rodziną ☐ samodzielnie ☐ w placówce ☐ inna sytuacja

Jeżeli inna – proszę opisać:

2. Czy kandydat posiada tytuł prawny do innego lokalu mieszkalnego umożliwiającego samodzielne zamieszkiwanie?

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy kandydat ma zapewnione miejsce zamieszkania, do którego będzie mógł wrócić po opuszczeniu WSM?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK – u kogo lub gdzie?

4. Łączny miesięczny dochód netto kandydata ze wszystkich źródeł

zł (*szczegółowo w załączniku nr 7*)

## V. FUNKCJONOWANIE I POTRZEBY WSPARCIA

1. W jaki sposób kandydat komunikuje się z otoczeniem? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

☐ mowa werbalna (posługuje się słowami)

☐ AAC – komunikacja alternatywna i wspomagająca (np. gesty, obrazki, piktogramy, urządzenia do komunikacji)

☐ inny sposób – jaki?

2. Szczególne potrzeby sensoryczne lub inne istotne informacje o funkcjonowaniu

3. Czy kandydat potrzebuje pomocy w nocy?

☐ NIE ☐ TAK – jakiej i jak często? (proszę opisać)

4. Czy kandydat potrzebuje jednoczesnej pomocy dwóch osób przy niektórych czynnościach?

☐ NIE ☐ TAK – przy jakich czynnościach?

5. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy występowały zachowania agresywne wobec innych osób lub zachowania autoagresywne?

☐ NIE ☐ TAK – proszę opisać rodzaj zachowań, częstotliwość i okoliczności:

6. W jakich codziennych czynnościach kandydat potrzebuje pomocy?

## VI. KONTAKT AWARYJNY I OPIEKA ZDROWOTNA

1. Lekarz POZ (imię i nazwisko, placówka, kontakt)

2. Psychiatra (jeżeli dotyczy – imię i nazwisko, kontakt)

3. Neurolog lub inny specjalista (jeżeli dotyczy – imię i nazwisko, kontakt)

4. Osoba do kontaktu w nagłej sytuacji (imię, nazwisko, relacja, telefon)

Czy ta osoba może odebrać kandydata w sytuacji nadzwyczajnej?

☐ TAK ☐ NIE

Orientacyjny czas dotarcia (jeżeli TAK):

## VII. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że jestem zainteresowana/zainteresowany zamieszkaniem w WSM „Przystań" prowadzonej przez Stowarzyszenie „Odzyskać Więzi". Przyjmuję do wiadomości, że zamieszkiwanie wiąże się z ponoszeniem opłat, których szczegółowa wysokość nie została jeszcze ustalona ze względu na brak rzeczywistych danych o kosztach eksploatacji. Informacja o wysokości opłat zostanie mi przedstawiona przed zawarciem umowy najmu.
2. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji do WSM „Przystań" i akceptuję określone w nim zasady rekrutacji.
3. Potwierdzam zapoznanie się z udostępnionym wzorem umowy najmu mieszkania w WSM „Przystań".
4. Oświadczam, że dane i informacje podane w niniejszej karcie zgłoszenia oraz dołączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie okoliczności istotnych dla bezpieczeństwa mieszkańców lub personelu może stanowić podstawę niezakwalifikowania do zamieszkania w WSM, a po zawarciu umowy – wywołać konsekwencje przewidziane w umowie i obowiązujących przepisach.
5. 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.
6. Potwierdzam, że przekazano mi klauzulę informacyjną RODO (załącznik nr 2).

**Miejscowość i data**

**Podpis kandydata / osoby uprawnionej do reprezentacji**

## VIII. SPOSÓB POWIADOMIENIA O WYNIKU REKRUTACJI

Proszę zaznaczyć jeden sposób powiadomienia:

☐ SMS na numer: _____

☐ e-mail na adres: _____

☐ osobiście w siedzibie Stowarzyszenia

## IX. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO ZGŁOSZENIA (W KOLEJNOŚCI NUMERÓW)

| | |
|---|---|
| ☐ | **1. Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do WSM „Przystań”.** |
| ☐ | 2. Załącznik nr 2 – Klauzula informacyjna RODO potwierdzona podpisem - *druk Stowarzyszenia do pobrania* |
| ☐ | 3. Załącznik nr 3 – Aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności *(dokument kandydata – oryginał do skopiowania na miejscu).* |
| ☐ | 4. Załącznik nr 4 – Aktualna decyzja WZON *(dokument kandydata- oryginał do skopiowania na miejscu).* |
| ☐ | 5. Załącznik nr 5 – Dokumentacja diagnozy ASD *(jeżeli dotyczy).* |
| ☐ | 6. Załącznik nr 6 – Zaświadczenie o nauce, zatrudnieniu lub korzystaniu z placówki wsparcia dziennego *(jeżeli dotyczy).* |
| ☐ | 7. Załącznik nr 7 – Oświadczenie o dochodach kandydata - *druk Stowarzyszenia do pobrania.* |
| ☐ | 8. Załącznik nr 8 – Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora *(jeżeli dotyczy).* |
| ☐ | 9. Załącznik nr 9 – Pełnomocnictwo *(jeśli dotyczy)* |