



Tytuł programu	„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
Realizujący projekt	Miasto Bydgoszcz/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy

KWESTIONARIUSZ KANDYDATA DO PROGRAMU

Lp.	Nazwa	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Imię i nazwisko opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika Wnioskodawcy	
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6.	Czy kandydat zamieszkuje samotnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7.	Czy wśród domowników są inne osoby z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> Tak, ile ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4 <input type="checkbox"/> Nie
8.	Czy korzystasz z pomocy finansowej, rzeczowej lub usługowej państwa (np. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, pomocy sąsiedzkiej, a także np. w formie uczestnictwa w placówce wsparcia dziennego (WTZ, DDP)?	<input type="checkbox"/> Tak, w tym z: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pomocy finansowa lub rzeczowa , <input type="checkbox"/> usług opiekuńcze/specjalistycznych usług opiekuńczych, <input type="checkbox"/> opieki wytchnieniowa/pomocy sąsiedzka, <input type="checkbox"/> placówka wsparcia dziennego (nazwa i adres placówki)..... <input type="checkbox"/> inne (podać jakie)....., <input type="checkbox"/> Nie

9.	Określ swoją sytuację zawodową / edukacyjną	<input type="checkbox"/> osoba aktywna zawodowo, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba podnosząca kwalifikacje, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba studiująca, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z poradnictwa zawodowego, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba aktywnie poszukująca pracy, opisz
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
10.	Opisz czy i jak często korzystasz lub chcesz korzystać z dóbr kultury (np. kino, muzeum, teatr, opera itp.). Z jakich dóbr kultury korzystasz regularnie/najczęściej?	<input type="checkbox"/> Tak, korzystam / chcę korzystać (opisz): <input type="checkbox"/> Nie korzystam.
11.	Liczba osób mieszkających w Twoim gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4
12.	Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> więcej niż 4

OŚWIADCZENIA

1.	Oświadczam, że korzystałem/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” <input type="checkbox"/> Tak, w którym roku: <input type="checkbox"/> 2020 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> Nie
2.	Oświadczam, że równorzędnie złożyłem/am wniosek do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024: <input type="checkbox"/> TAK, w jakiej? <input type="checkbox"/> NIE
3.	Oświadczam, że poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do Programu.
4.	Świadomy o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczenia niezgodnego z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

..... Miejscowość i data Podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego ¹
-----------------------------	--

W przypadku wątpliwości Realizator dokona weryfikacji informacji zawartych w kwestionariuszu Kandydata we właściwych jednostkach lub bezpośrednio z Kandydatem.

¹ W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej, osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niebędącej w stanie się podpisać, formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę/opiekun prawny/faktyczny.

