



Karta diagnostyczna potrzeb na wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027

Diagnoza służy rozpoznaniu zapotrzebowania mieszkańców Powiatu Krotoszyńskiego na usługi asystencji osobistej w związku z planowanym ubieganiem się Powiatu Krotoszyńskiego o środki na realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027.

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, KTÓREJ DOTYCZY ZAPOTRZEBOWANIE:

Imię i nazwisko: Wiek:

Adres:

Telefon:

Status: ☐ osoba dorosła ☐ dziecko 2–16 lat ☐ rodzic/opiekun prawny wypełnia w imieniu osoby z niepełnosprawnością

II. POSIADANE ORZECZENIE:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Główne ograniczenie funkcjonowania:

- ☐ ruchowe ☐ wzrok ☐ słuch ☐ intelektualne ☐ psychiczne ☐ neurologiczne
☐ inne:

III. SYTUACJA ŻYCIOWA I DOSTĘP DO POMOCY:

Osoba z niepełnosprawnością mieszka:

- ☐ samotnie ☐ z rodziną/opiekunem ☐ z innymi osobami

Czy ktoś jej pomaga na co dzień?

- ☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO

Czy pomoc rodziny/opiekuna wystarcza do zaspokojenia codziennych potrzeb?

☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO

Główna przyczyna ograniczonej pomocy opiekuna:

☐ praca zawodowa ☐ własne problemy zdrowotne ☐ opieka nad innymi osobami ☐ brak opiekuna ☐ inne:

IV. OBSZARY, W KTÓRYCH POTRZEBNE JEST WSPARCIE ASYSTENTA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- ☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych i codziennych,
☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,
☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem,
☐ inne – jakie?

V. AKTUALNIE OTRZYMYWANE WSPARCIE:

1. Czy osoba z niepełnosprawnością korzystała/korzysta z Programu AOON w 2026 r.?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK – przyznana/wykorzystywana liczba godzin: godz./rok

2. Czy obecny wymiar wsparcia jest wystarczający?

☐ TAK ☐ NIE ☐ CZĘŚCIOWO

3. Inne wsparcie:

☐ usługi opiekuńcze ☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze ☐ WTZ ☐ ŚDS
☐ ZAZ ☐ rehabilitacja ☐ rodzina ☐ inne:

4. Czy osoba z niepełnosprawnością posiada decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia wydawaną przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności?

☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak to poproszę wskazać liczbę otrzymanych punktów:

5. Czy chęć skorzystania ze wsparcia w ramach Programu została lub zostanie złożona w innej instytucji?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli TAK, to gdzie?

VI. ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ W 2027 ROKU:

☐ Szacunkowa liczba godzin potrzebnych: godz./miesiąc godz./rok

☐ Charakter zapotrzebowania: ☐ stałe przez cały rok ☐ okresowe

Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) **840** godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) **720** godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 3) **480** godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 4) **360** godzin rocznie dla:
- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

VII. MOŻLIWOŚĆ WSKAZANIA ASYSTENTA:

1. Czy osoba z niepełnosprawnością może wskazać osobę do świadczenia usług?

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM/potrzebuję pomocy w znalezieniu asystenta

Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby

Osoba wskazana jako preferowany asystent musi spełniać warunki określone w Programie. Asystentem nie może być m.in. członek rodziny uczestnika ani osoba faktycznie z nim zamieszkująca.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Mam świadomość, że niniejsza karta służy wyłącznie diagnozie potrzeb i przygotowaniu wniosku na środki finansowe na 2027 rok oraz nie stanowi zgłoszenia do Programu ani gwarancji przyznania usług.

.....
data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnościami/opiekuna prawnego

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KROTOSZYNIE
w związku z diagnozą potrzeb do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

Niniejsza klauzula dotyczy wyłącznie dobrowolnego przekazania danych w celu przeprowadzenia przez Powiat Krotoszyński/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie diagnozy zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej oraz przygotowania wniosku na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027. Złożenie karty diagnostycznej potrzeb nie jest zgłoszeniem do Programu i nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie, ul. Floriańska 10, 63-700 Krotoszyn, tel. 62 722-88-91/92, adres e-mail: pcpr@krotoszyn.pl
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iod@pcprkrotoszyn.pl lub pisemnie na adres: ul. Floriańska 10, 63-700 Krotoszyn.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu: przeprowadzenia diagnozy potrzeb mieszkańców Powiatu Krotoszyńskiego w zakresie usług asystencji osobistej; oszacowania liczby potencjalnych uczestników, zakresu potrzeb i liczby godzin usług; przygotowania wniosku Powiatu Krotoszyńskiego na środki finansowe z Programu AOOD JST – edycja 2027; kontaktu w sprawach związanych z uzupełnieniem lub wyjaśnieniem danych zawartych w karcie diagnostycznej.
4. Na etapie diagnozy podstawą przetwarzania danych podanych dobrowolnie w karcie diagnostycznej jest zgoda osoby, której dane dotyczą, albo jej przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego – art. 6 ust. 1 lit. a RODO, a w odniesieniu do danych szczególnej kategorii, w szczególności danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności – art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
5. Dane z karty diagnostycznej będą wykorzystywane do opracowania danych zbiorczych niezbędnych do przygotowania wniosku. Co do zasady do wniosku przekazywane są dane zagregowane, bez danych pozwalających bezpośrednio zidentyfikować osobę. Dane identyfikacyjne mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa albo gdy będzie to konieczne na dalszym, formalnym etapie realizacji Programu.
6. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi związane z obsługą systemów informatycznych, korespondencji, archiwizacji lub innych czynności realizowanych na podstawie odpowiednich umów i upoważnień.
7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przeprowadzenia diagnozy, przygotowania i rozpatrzenia wniosku Powiatu Krotoszyńskiego, a następnie przez okres wynikający z obowiązujących Administratora przepisów kancelaryjnych i archiwalnych. Jeżeli osoba zostanie następnie uczestnikiem Programu, dalsze przetwarzanie danych odbywać się będzie na zasadach określonych dla formalnej rekrutacji i realizacji Programu.
8. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje – w zakresie wynikającym z RODO – prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
9. Zgodę można wycofać poprzez kontakt z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krotoszynie, w szczególności pisemnie lub za pośrednictwem danych kontaktowych wskazanych powyżej. Jeżeli dane zostały już wykorzystane wyłącznie w postaci anonimowej lub zagregowanej, wycofanie zgody nie powoduje możliwości usunięcia informacji, których nie można już powiązać z konkretną osobą.
10. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
11. Podanie danych w kwestionariuszu jest dobrowolne. Brak zgody lub niewypełnienie kwestionariusza nie pozbawia prawa do ubiegania się o udział w Programie w późniejszym, formalnym naborze uczestników, jeżeli Powiat Krotoszyński przystąpi do realizacji Programu.
12. Dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania w rozumieniu art. 22 RODO.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELU DIAGNOZY

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Karcie diagnostycznej potrzeb na usługi asystencji osobistej świadczone w 2027 roku, w tym danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia diagnozy potrzeb mieszkańców Powiatu Krotoszyńskiego i przygotowania wniosku na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

Oświadczam, że zapoznałam/em się klauzulą informacyjną i wiem, że zgoda jest dobrowolna oraz może zostać wycofana.

.....
data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnościami/opiekuna prawnego