

ANKIETA KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

IMIĘ I NAZWISKO

.....

WIEK:

POSIADANE WYKSZTAŁCENIE

.....
.....

ZAINTERESOWANIA

.....

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW: (MIGOWY, J. ANGIELSKI, J. NIEMIECKI INNE wymień)

.....

1. Jakiego wsparcia w obszarze życia codziennego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ?
 - a. pomoc przy realizacji obowiązków domowych
 - b. pomoc przy robieniu zakupów, szczególnie w wielkopowierzchniowych sklepach, po których trudno poruszać się osobom z niepełnosprawnościami
 - c. pomoc w dotarciu na wizytę u lekarza lub rehabilitanta
 - d. pomoc w załatwianiu spraw finansowych, w tym podliczaniu i opłacaniu rachunków, korzystaniu z niektórych bankomatów
 - e. inne (jakie?)

.....
.....
.....
2. Jakiego wsparcia w obszarze życia społecznego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ?
 - a. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych, np. na poczcie i w banku.
 - b. pomoc w zakresie poruszania się komunikacją miejską,
 - c. nauka sposobu poruszania się po określonych miejscach publicznych
 - d. wsparcie w nowych, nieznanach miejscach i poruszanie się po obszarach, które nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
 - e. 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
3. Posiadane cechy charakteru i kompetencje:
 - a. wrażliwość,
 - b. empatia,
 - c. cierpliwość,
 - d. koleżeńskość,
 - e. otwartość i komunikatywność,
 - f. zaangażowanie w pracę
 - g. sprawność fizyczna
 - h. przygotowanie z zakresu psychologii lub pedagogiki (co nie oznacza posiadania wyższego wykształcenia),
 - i. odpowiedzialność,

- j. punktualność,
 - k. odporność psychiczna,
 - l. konsekwencja,
 - m. dyskrecja,
 - n. spostrzegawczość,
 - o. wytrwałość i cierpliwość
4. Dyspozycyjność i możliwy czas pracy:
- a. poniedziałek od godz. do godz.
 - b. wtorek od godz. do godz.
 - c. środa od godz. do godz.
 - d. czwartek od godz. do godz.
 - e. piątek od godz. do godz.
 - f. sobota od godz. do godz.
 - g. niedziela od godz. do godz.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (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).

.....
(podpis)