



ANKIETA
KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

IMIĘ I NAZWISKO

.....

WIEK:

.....

POSIADANE WYKSZTAŁCENIE

.....

ZAINTERESOWANIA

.....

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW: ☐ MIGOWY, ☐ J. ANGIELSKI, ☐ J. NIEMIECKI ☐ INNE

.....

1. Jakiego wsparcia w obszarze życia codziennego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ?

- ☐ pomoc przy realizacji obowiązków domowych
- ☐ pomoc przy robieniu zakupów, szczególnie w wielkopowierzchniowych sklepach, po których trudno poruszać się osobom z niepełnosprawnościami
- ☐ pomoc w dotarciu na wizytę u lekarza lub rehabilitanta

☐ pomoc w załatwianiu spraw finansowych, w tym podliczaniu i opłacaniu rachunków, korzystaniu z niektórych bankomatów

☐ inne (jakie?)

.....
.....
.....

2. Jakiego wsparcia w obszarze życia społecznego mogłaby Pani/ mógłby Pan udzielić ?

☐ wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych, np. na poczcie i w banku.

☐ pomoc w zakresie poruszania się komunikacją miejską,

☐ nauka sposobu poruszania się po określonych miejscach publicznych wsparcie w nowych, nieznanach miejscach i poruszanie się po obszarach, które nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

☐ 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:

☐ wrażliwość,

☐ empatia,

☐ cierpliwość,

☐ koleżeństwo,

☐ otwartość i komunikatywność,

☐ zaangażowanie w pracę

☐ sprawność fizyczna

☐ przygotowanie z zakresu psychologii lub pedagogiki
(co nie oznacza posiadania wyższego wykształcenia),

☐ odpowiedzialność,

☐ punktualność,

☐ odporność psychiczna,

☐ konsekwencja,

☐ dyskrecja,

☐ spostrzegawczość,

☐ wytrwałość

☐ cierpliwość

4. Dyspozycyjność i możliwy czas pracy:

poniedziałek	od godz.	do godz.
wtorek	od godz.	do godz.
środa	od godz.	do godz.
czwartek	od godz.	do godz.
piątek	od godz.	do godz.
sobota	od godz.	do godz.
niedziela	od godz.	do godz.

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).

.....
(Imię i nazwisko)