



Karta zgłoszenia do Programu

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\***

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć):

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐

3) zaburzenia psychiczne ☐

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐



5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i) (proszę zaznaczyć):

**W domu** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

**Poza miejscem zamieszkania** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie (proszę zaznaczyć):

**Tak** ☐

**Nie** ☐

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe (proszę zaznaczyć):

**Tak** ☐

**Nie** ☐

2) wypełnianie ról społecznych (proszę zaznaczyć):

**Tak** ☐

**Nie** ☐

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (proszę zaznaczyć):



Tak ☐

Nie ☐

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (proszę zaznaczyć):

Tak ☐

Nie ☐

Informacje dodatkowe:

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

### III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć:

2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?



5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐
  - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐
  - c) myciu okien ☐
  - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐
  - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐
  - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ☐
  - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐
- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐
  - b) czesaniu ☐
  - c) goleniu ☐
  - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ☐
  - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ☐
  - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub oparzeń ☐



g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐

h) ślaniu łóżka i zmianie pościeli ☐

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ☐

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ☐

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ☐

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ☐

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) wyjście na spacer ☐

b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐

c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐

d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;

e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐

f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ☐

g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) usług asystencji osobistej?

Tak ☐

Nie ☐

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia?



Tak ☐

Nie ☐

2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

Np. OPS, prywatnie opłacana osoba itp. Jeżeli wymienione zostaną formy wsparcia, to z których form pomocy jest Pan(i) zadowolony(a)/niezadowolony(a), czy w dalszym ciągu z nich Pan(i) korzysta lub dlaczego nie korzysta?

V. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość i data

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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.