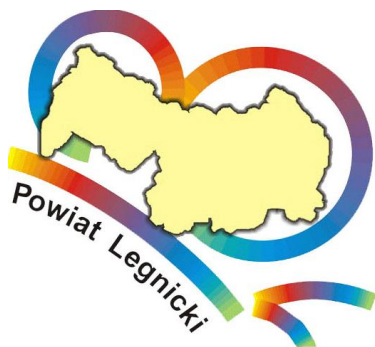


Załącznik nr 1: Karta zgłoszenia do
Programu Ministra Rodziny i Polityki
Społecznej
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”
– edycja 2023



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

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:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; 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 powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
.....

11. Czy porusza się Pan(i):

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 – **Tak/Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak/Nie**

II. ŚRODOWISKO:

- W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
 - czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
 - wypełnianie ról społecznych **Tak/Nie**
 - w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
 - w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak/Nie**

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

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

.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

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?

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

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

- w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - pomoc w sprzątnięciu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
 - 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 ;
 - myciu okien;
 - w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
 - praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
 - podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;

- transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);

- wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
 - czesaniu ;
 - goleniu;
 - obcinaniu paznokci rąk i nóg;
 - zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
 - zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
 - przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
 - słaniu łóżka i zmianie pościeli;

- wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
 - pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
 - pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
 - pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
 - asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;

- wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
 - wyjście na spacer;
 - asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
 - wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);

- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
- 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;
- wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak/Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

- Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak/Nie**
- Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

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

V. OŚWIADCZENIA:

- W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
- Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- 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, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej 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 w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.