



**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

I. DANE UCZESTNIKA (osoby niepełnosprawnej):

1. Imię i nazwisko: nazwisko rodowe:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie: Zawód wyuczony:
6. Status na rynku pracy:
7. Grupa/stopień niepełnosprawności :
8. Liczba dorosłych pełnosprawnych osób w gospodarstwie domowym:
9. Osoba mieszkająca samodzielnie **Tak** **Nie**
10. Osoba samotna, bez wsparcia rodziny **Tak** **Nie**
11. Jaki jest Pana(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - 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 ,
12. Która z wymienionych wyżej niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną (podać numer):

II. SYTUACJA ZDROWOTNA:

1. 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



2. Porusza się Pan(i):

1) na wózku
inwalidzkim

2) z pomocą laski,
balkonika

3) inne: z pomocą
.....

3. Osoba leżąca **Tak** **Nie**

4. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?

Tak **Nie** **Nie opuszczam miejsca zamieszkania**

5. Jeśli TAK to jakiego typu wsparcie?

6. Dodatkowe informacje o sytuacji zdrowotnej, mieszkaniowej, osobistej uczestnika:

III. ŚRODOWISKO:

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

1) czynności samoobsługowe i pielęgnacyjne **Tak** **Nie**

2) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak** **Nie**

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak** **Nie**

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak** **Nie**

5) inne:

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

IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

1. Na swojego Asystenta wskazuję (imię i nazwisko oraz nr tel.):

1a. Jeśli nie wskazuje Pan(i) konkretnej osoby prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

Płeć: Wiek:

Inne (np.: zainteresowania, posiadane umiejętności):

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

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

3. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne?



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

- 1) we wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (dotyczy jedynie osób samodzielnie zamieszkujących):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych, myciu okien 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) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
 - d) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ;
 - e) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ;
 - f) 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 odparzeń ;
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ;
 - h) sianiu 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 ;
 - f) transport uczestnika Programu samochodem asystenta lub udostępnionym asystentowi ;
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
 - a) wyjście na spacer ;
 - b) asystowanie w: kinie, teatrze, restauracji, miejscu kultu religijnego, 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 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 ;
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .



V. OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”? **Tak** **Nie**
2. 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 (np. OPS, Fundacja, Organizacja pozarządowa, OPS/MOPS, prywatnie opłacana osoba itp.) jeśli wymienione zostaną formy wsparcia proszę dopisać: jakie wsparcie (np. opiekunka środowiskowa, Kurier, Program unijny, rządowy, wojewódzki, inny jaki?) oraz zadowolony/niezadowolony i czy w dalszym ciągu z nich Pan(i) korzysta lub dlaczego Pan(i) nie korzysta?
.....
.....
3. Czy korzysta Pan(i) z innych programów Ministra w zakresie usług asystencji osobistej? **Tak** **Nie**
 - 3a. Jeśli TAK, to podać nazwę programu/ów
 - 3b. Jeśli TAK, to jaki jest przyznany roczny limit godzin tych usług
4. Czy uczęszcza Pan(i) do:

Warsztatu Terapii Zajęciowej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zakładu Aktywności Zawodowej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Dziennego Domu Pobytu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Środowiskowego Domu Samopomocy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
inne (jakie?)		

Jeśli TAK, czy jest konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z powyższej placówki **Tak** **Nie**

VI. 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 będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam 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 2004r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane z Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

(czytelny podpis uczestnika Programu* / opiekuna prawnego**)

* W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez osobę niepełnosprawną na Deklaracji Udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, należy uczynić **tuszowy odcisk palca** osoby niepełnosprawnej. Obok tego odcisku opiekun/rodzic wypisuje imię i nazwisko osoby czyniącej odcisk oraz jednocześnie obok umieszcza swój czytelny podpis.

** Do Deklaracji Udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (w przypadku pełnoletniego uczestnika Programu) należy dołączyć kserokopię dokumentu **potwierdzającego prawną opiekę** nad uczestnikiem.