



Karta zgłoszenia PCPR.VI.3022.401.....2024

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
edycja 2024**

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

**Zakres czynności w szczególności dotyczy:**

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- a) korzystanie z toalety
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
- c) czesanie
- d) golenie
- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
- h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
- i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
- j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
- k) ślanie łóżka i zmiana pościeli

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)



3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta

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

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
- b) wyjście na spacer
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

Miejscowość ....., data .....

.....

(czytelny podpis uczestnika Programu / rodzica / opiekuna prawnego)