



**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 mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)	<input type="checkbox"/>	4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym	<input type="checkbox"/>
2) dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>	5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu	<input type="checkbox"/>
3) zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne	<input type="checkbox"/>

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

11. Czy porusza się Pan(i):

- |                                   |                 |                          |  |                          |   |                          |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <b>W domu</b>                     | 1) samodzielnie | <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych | <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> | 1) samodzielnie | <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych | <input type="checkbox"/> |

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:**

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

1) czynności samoobsługowe	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>/Nie</b> <input type="checkbox"/>	2) wypełnianie ról społecznych	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>/Nie</b> <input type="checkbox"/>
3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>/Nie</b> <input type="checkbox"/>	4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>/Nie</b> <input type="checkbox"/>
5) Inne – jakie? .....	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>/Nie</b> <input type="checkbox"/>		

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? .....

.....

6. 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 sprzątnięciu 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 odparzeń ;
- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ;
- h) staniu 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 oraz określić poziom zadowolenia z wsparcia:

.....  
.....

## V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie doraźnych kontroli przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania 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 (Dz. U. z 2021r. poz. 268 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.
5. Oświadczam, że na asystenta wskazuję Pana/Panią ....., mail....., tel. ...., który/która nie jest członkiem mojej rodziny\*\* oraz jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

## WYJAŚNIENIA:

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi 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.

\*\* Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.