Załącznik nr 3 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”
– edycja 2023

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”– 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 oponowo – 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:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
    1) czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
    2) wypełnianie 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☐**

……

……

……

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:

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 towarzyszenie 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) słaniu 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 kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych 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:

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:

1. 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.
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 z niepełnosprawnościami" – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w godzinach 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 części IV ust. 8 Programu, finansowane z innych źródeł.

Miejscowość ……., data …….

…….
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej.

…….
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" – 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.