



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

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

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU (osoby z niepełnosprawnością):

1. Imię i nazwisko:nazwisko rodowe.....

2. Adres zamieszkania:

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) ,

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. Osoba mieszkająca samodzielnie Tak Nie

12. Osoba samotna, bez wsparcia osób bliskich Tak Nie

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 sprzętów ortopedycznych itp. 3) inne

3. Osoba leżąca? - **Tak** **Nie**

4. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie ? – **Tak** **Nie**

5. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

6. Dodatkowe informacje o sytuacji zdrowotnej, mieszkaniowej uczestnika:

III. 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**
5) inne:

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

.....

IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Wskazuję Pana (ą)na swojego Asystenta

Nr telefonu

1A. Jeśli nie wskazuje Pan (i) konkretnej osoby prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiedni:

Płeć: Wiek:

Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

.....

3. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

4. 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 sprzątanii 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) 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
- 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)

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

V. DOTYCHCZAS 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: **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?**

.....

3. Czy korzysta Pan (i) z innych programów Ministra w zakresie usług asystencji osobistej? **Tak** **Nie**

Jeśli tak to proszę podać nazwę programu/ów

3. Czy uczęszcza Pan (i) do:

Dzienny Dom Pobytu **Tak** **Nie**

Środowiskowy Dom Samopomocy **Tak** **Nie**

Warsztat Terapii Zajęciowej **Tak** **Nie**

Zakład Aktywności Zawodowej **Tak** **Nie**

Inne (jakie?).....

Jeśli tak, czy jest konieczność dowozu/odbiory przez asystenta do/z w/w placówek **Tak** **Nie**

VI. 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 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 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.

Miejscowość, data

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

*W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez osobę z niepełnosprawnością na Karcie zgłoszenia Udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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 2023 (w przypadku pełnoletniego uczestnika Programu) należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego prawną opiekę nad uczestnikiem.