

## Karta zgłoszenia do Grantu „Premia społeczna” – usługa asystencka dla innych osób niż osoby z niepełnosprawnościami

### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Czy dla uczestnika Grantu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

6. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 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> <input type="checkbox"/> | 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"/> |

### II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
    - a) ubieranie **Tak**  / **Nie**
    - b) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie**
    - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie**
    - d) czesanie **Tak**  / **Nie**
    - e) golenie **Tak**  / **Nie**
    - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie**
    - g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie**
    - h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie**
    - i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie**
    - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie**
    - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie**
    - l) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie**
  - 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
    - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie**
    - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie potrzebującej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie**
    - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie**
    - 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 potrzebującej wsparcia) **Tak**  / **Nie**
    - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie**
  - 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
    - a) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie**
    - b) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie**
    - c) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak**  / **Nie**
-

- d) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie**
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie**
- b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie**
- c) asystowanie podczas obecności osoby potrzebującej wsparcia w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak**  / **Nie**
- 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 **Tak**  / **Nie**
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak**  / **Nie**
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie**
- g) notowanie dyktowanych przez osobę potrzebującą wsparcia treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie**
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie**
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby potrzebującej wsparcia **Tak**  / **Nie**
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak**  / **Nie**

### III. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Grantu „Premia społeczna”.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Grantu „Premia społeczna”.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika /opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji dla osób innych osób niż z niepełnosprawnościami.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

---