Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

**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: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..
6. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..………………………………………….
7. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………
8. 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☐,

1. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………

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☐  |

1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**☐**/Nie**☐
2. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. 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**☐

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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: ………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

1. 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):
		1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu

śmieci☐;

* + 1. 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 ☐;

* + 1. myciu okien☐;
		2. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
		3. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
		4. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
		5. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;

* 1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
		1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
		2. czesaniu ☐;
		3. goleniu☐;
		4. obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
		5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
		6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
		7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
		8. słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;

* 1. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
		1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
		2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
		3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
		4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
		5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
	2. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem: a) wyjście na spacer☐;
		1. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
		2. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
		3. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
		4. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
		5. 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☐;

* + 1. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

1. 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 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.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – 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.