



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



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) ,
- 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):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| a) W domu <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 <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"/> |

Porusza się Pan(i):

- | | | |
|--|---|--|
| 1) na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą laski, balkonika <input type="checkbox"/> | 3) inne: z pomocą <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



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**

15. Czy zamieszkuje Pan(i) we wspólnym gospodarstwie domowym z inną/innymi osobą/osobami wymagającą/wymagającymi pomocy (osoba starsza, osoba niepełnosprawna) – **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:

1. Na swojego asystenta wskazuję (imię i nazwisko oraz numer telefonu):
.....

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

- a) płeć:
 - b) wiek:
 - c) inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:
-
.....



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



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

.....
.....

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

.....
.....
.....

5. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

- a) pomocy w sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
- b) dokonywania 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 ;



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



- 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) pchania wózka osoby niepełnosprawnej
 - b) pomocy w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
 - c) pomocy w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
 - d) pomocy we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
 - e) asystowaniu 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) wyjścia na spacer
 - b) asystowania podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
 - c) wsparcia w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
 - d) wsparcia w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
 - e) notowania dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
 - f) pomocy w zmianie ubioru i pozycji podczas wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru
 - g) wsparcia w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



6. 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?

.....
.....

3. Czy stale przebywa Pan(i) w domu? **Tak****/Nie**

4. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*? **Tak****/Nie**

5. Jeśli Tak, to w którym roku? 2020 r. – **Tak****/Nie** 2021 r. – **Tak****/Nie** 2022 r. – **Tak****/Nie**

6. Czy uczęszcza Pan(i) do:

Warsztatu Terapii Zajęciowej **Tak****/Nie**

Zakładu Aktywności Zawodowej **Tak****/Nie**

Dziennego Domu Pobytu **Tak****/Nie**

Środowiskowego Domu Samopomocy **Tak****/Nie**

Inne (jakie?)

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/łam 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.

Program współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą świadczone na moją rzecz 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 osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta osobistego/
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:

1. Kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
2. 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.
3. Oświadczenie o wskazaniu osoby do świadczenia usług asystencji osobistej.
4. Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.