Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji   
i udziału w Programie „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: …………………………………………………………………………………………………………………..

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**

15. Czy zamieszkuje Pan(i) wyłącznie z osobą, która również jest osobą niepełnosprawną (legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności lub równoważnym) lub w podeszłym wieku: **Tak/Nie**

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
3. wypełnianie ról społecznych **Tak/Nie**
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
5. 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. wsparcia 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;
   2. 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) ;
   3. myciu okien;
   4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka   
      do zębów, elektryczna golarka, etc.);
   5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
   6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
   7. 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:
   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;
3. 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 ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer;
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
   6. 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;
   7. 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. Czy w dalszym ciągu korzysta Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak/Nie**

3. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych, jaka instytucja: **np. ośrodek pomocy społecznej, dzienny dom seniora, warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, prywatnie opłacana osoba itp.; jeśli tak: z których form pomocy jest Pan(i) zadowolony(a)/niezadowolony(a)?**

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

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

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

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

**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 ……………………. .……………………………………………………

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Data ………………………………

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.