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 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 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☐**

**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(i) asystent? Zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć (właściwe zaznaczyć):

1. wsparcia w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
	1. sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
	2. dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie  osobie 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. 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 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. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. Z których form pomocy jest Pan/i zadowolony/a lub niezadowolony/a? Czy w dalszym ciągu Pan(i) z nich korzysta lub dlaczego Pan(i) z nich 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(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.
4. Oświadczam, że w trakcie/w godzinach 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 Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość …………………………………………..……………., data …………………………………

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

(Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie/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 (do wglądu oryginał) 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.

\*\* należy dołączyć pełnomocnictwo notarialne, orzeczenie lub zaświadczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.