Załącznik nr 7 do Programu



Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**

**– edycja 2025**

**I. Dane uczestnika Programu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko |  | 2. Adres |  |
| 3. Telefon kontaktowy |  | 4. Data urodzenia |  |
| 5. Status na rynku pracy |  | 6. Grupa/stopień niepełnosprawności |  |
| 7. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny | TAK | Jeżeli **TAK**, proszę podać jego imię i nazwisko  .................................................................................. | |
| NIE |

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) |  | 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym |  |
| 2) dysfunkcja narządu wzroku |  | 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu |  |
| 3) zaburzenia psychiczne |  | 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne |  |

9. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ................................................

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona: **Tak Nie**

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 jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak/Nie**

15. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak/Nie**

**II. ŚRODOWISKO:**

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

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-1):**

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: …………………………. 2. Wiek: ………………………………………………………………………………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Czy wskazuje Pan/Pani asystenta: **Tak Nie**

Jeżeli **TAK**, proszę podać jego imię i nazwisko, numer telefonu i adres mail: ..........................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

7. 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ubieranie | **Tak Nie** |
| Korzystanie z toalety | **Tak Nie** |
| Mycie głowy, mycie ciała, kąpiel | **Tak Nie** |
| Czesanie | **Tak Nie** |
| Golenie | **Tak Nie** |
| Wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu | **Tak Nie** |
| Obcinanie paznokci rąk i nóg | **Tak Nie** |
| 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** |
| Zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń | **Tak Nie** |
| Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych | **Tak Nie** |
| Przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) | **Tak Nie** |
| Słanie łóżka i zmiana pościeli | **Tak Nie** |

1. **wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| Dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie go o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) | **Tak Nie** |
| 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** |
| Utrzymywanie czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) | **Tak Nie** |
| Pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) | **Tak Nie** |
| Podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go | **Tak Nie** |
| Transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) | **Tak Nie** |

1. **wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością | **Tak Nie** |
| Pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym | **Tak Nie** |
| Pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym | **Tak Nie** |
| Pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu | **Tak Nie** |
| Asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami | **Tak Nie** |
| Transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta | **Tak Nie** |

1. **wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**

|  |  |
| --- | --- |
| Obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji | **Tak Nie** |
| Wyjście na spacer | **Tak Nie** |
| Asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. | **Tak Nie** |
| Załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparci w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej | **Tak Nie** |
| Pomoc w dojeździe do pracy lub po powrocie z pracy | **Tak Nie** |
| Wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się | **Tak Nie** |
| Notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze | **Tak Nie** |
| Pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. | **Tak Nie** |
| Wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością | **Tak Nie** |
| W razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji | **Tak Nie** |

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (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:

**(Proszę doprecyzować, jaka instytucja realizowała wsparcie, np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. Jeśli wymienione zostaną formy wsparcia proszę doprecyzować: z których form pomocy jest Pan/Pani zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu Pan/Pani z nich korzysta lub dlaczego Pan/Pani z nich nie korzysta?)**

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

3.Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak /Nie

Jeżeli **Tak,** proszę o podanie:

1. Limitu przyznanych godzin: .....................................................................................................................
2. Limitu wykorzystanych godzin: ...............................................................................................................
3. Nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane

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

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę   
   i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby   
   z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że 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 2004r. o pomocy społecznej   
   (Dz. U. z 2023r. poz. 901 z póżn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 12 Programu finansowanego ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1) i 2) Programu.

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

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

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością

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

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**ZAŁĄCZNIKI:**

Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia ukończenia do 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: 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.

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne [↑](#footnote-ref-1)