



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):

<b>W domu</b>	1) samodzielnie	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
<b>Poza miejscem zamieszkania</b>	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:

• W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

- czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
- wypełnianie ról społecznych **Tak/Nie**
- w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
- 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:

- w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - pomoc w sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
  - 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 ;
  - myciu okien;
  - w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
  - praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
  - podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
  - transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
  
- wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
  - czesaniu ;
  - goleniu;

- obcinaniu paznokci rąk i nóg;
  - zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
  - zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
  - przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
  - sianiu łóżka i zmianie pościeli;
- wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
    - pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
    - pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
    - pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
    - pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
    - asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
  - wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
    - wyjście na spacer;
    - asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
    - wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
    - wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
    - notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
    - 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;
    - 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:

- Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak/Nie**
- 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:

- 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.
- Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- 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.