Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..………………………

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….…………………………………………………

4. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………

5. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..……………………………………..

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny– **Tak ☐ / Nie ☐**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………….…………..………

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………….

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)☐,

2) dysfunkcja narządu wzroku☐,

3) zaburzenia psychiczne☐,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym☐,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu☐,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne☐,

9. Która z powyższych 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 zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak☐/Nie☐**

**II. ŚRODOWISKO:**

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem 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. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak ☐ / Nie ☐**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………….…………..………

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:
	1. korzystanie z toalety**Tak☐/Nie☐**;
	2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel**Tak☐/Nie☐**;
	3. czesanie**Tak☐/Nie☐**;
	4. golenie**Tak☐/Nie☐**;
	5. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu**Tak☐/Nie☐**;
	6. obcinanie paznokci rąk i nóg**Tak☐/Nie☐**;
	7. 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☐**;
	8. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń**Tak☐/Nie☐**;
	9. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych**Tak☐/Nie☐**;
	10. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę)**Tak☐/Nie☐**;
	11. słanie łóżka i zmiana pościeli**Tak☐/Nie☐**.
2. wsparciaw prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
	1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci**Tak☐/Nie☐**;
	2. dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobiez niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej  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☐**;
	3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okienmaksymalnie 2 razy w roku**Tak☐/Nie☐**;
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)**Tak☐/Nie☐**;
	6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go**Tak☐/Nie☐**;
	7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)**Tak☐/Nie☐**.
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością**Tak☐/Nie☐**;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwiosobom chodzącym**Tak☐/Nie☐**;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym**Tak☐/Nie☐**;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu**Tak☐/Nie☐**;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami**Tak☐/Nie☐**;
	6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak☐/Nie☐**.
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak☐/Nie☐**;
	2. wyjście na spacer**Tak☐/Nie☐**;
	3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.**Tak☐/Nie☐**;
	4. załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadkutrudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej**Tak☐/Nie☐**;
	5. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się**Tak☐/Nie☐**;
	6. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnościątreści ręcznie i na komputerze**Tak☐/Nie☐**;
	7. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczaswizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalniitp.**Tak☐/Nie☐**;
	8. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością**Tak☐/Nie☐**;
	9. 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 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?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024.
4. Oświadczam, że w godzinachrealizacji 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 2023r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane 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 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawnościalbo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci doukończenia 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.