Załącznik nr 3 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024

# **Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024**

1. **Dane uczestnika Programu:**
2. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………
3. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..………………………
4. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….…………………………………………………
5. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………
6. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..……………………………………..
7. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak  / Nie**   
   Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko ………………………..………………………………………………….…………..………
8. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………….
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
10. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) ,
11. dysfunkcja narządu wzroku ,
12. zaburzenia psychiczne ,
13. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
14. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
15. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,
16. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………
17. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak  / Nie**
18. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W domu** | | samodzielnie | | z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | | nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych | | |
| **Poza miejscem zamieszkania** | | samodzielnie | | z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | | nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |

1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**  / **Nie**
2. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak  / Nie**
4. **ŚRODOWISKO:**
5. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

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

1. **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:

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

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

1. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak**  / **Nie**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:
2. 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** .
3. wsparcia w 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 osobie z 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 okien maksymalnie 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** .
4. 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 drzwi osobom 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** .
5. 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 przypadku trudności 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 niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak  / Nie** ;
   7. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **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** .
6. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak**  / **Nie**
7. **DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**
8. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak  / Nie**
9. 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: …………………………………………………………….……….
4. **OŚWIADCZENIA:**
5. 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.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.
8. 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 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. 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. 11 Programu finansowane ze środków publicznych.
9. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – 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 Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 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.