**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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaznaczyć właściwie | Nr | Rodzaj dysfunkcji |
|  | **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 wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną nr : …………….

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, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

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. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
   1. korzystanie z toalety **Tak☐/Nie☐**;
   2. mycie głowy, mycie ciała, kąpieli **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. 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.) **Tak☐/Nie☐**;
   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 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☐**;
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 wypadku 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☐**;

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:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instytucja** | | **Czy jest Pan/i zadowolona z usługi** | | **Czy w dalszym ciągu z nich Pan/i korzysta** | | |
| **TAK** | **NIE** | **TAK** | **NIE** | **Dlaczego NIE** |
| MOPS |  |  |  |  |  |  |
| Prywatnie opłacana osoba |  |  |  |  |  |  |
| Inne jakie: …………………………………. |  |  |  |  |  |  |

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: ……………
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 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 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. 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 asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

……………….…………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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