



Załącznik nr 1 do

Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

W przypadku pytania **Tak**/**Nie** proszę zaznaczyć **X** we właściwej kratce.

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 został ustanowiony opiekun prawny? – **Tak**/**Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko opiekuna:

7. Grupa/stożek niepełnosprawności:

8. Jaki jest Pan/i rodzaj niepełnosprawności:

- a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózżowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
- b) dysfunkcja narządu wzroku
- c) zaburzenia psychiczne
- d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- e) dysfunkcja narządu mowy i sluchu
- f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną?
.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna)? – **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 samodzielnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak****/Nie**

15. Czy jest Pan/i osobą wspólnie 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?

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

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 oraz numer telefonu:

.....

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:
 - a) ubieranie się **Tak**/**Nie**.
 - b) korzystanie z toalety **Tak**/**Nie**.
 - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**/**Nie**.
 - d) czesanie **Tak**/**Nie**.
 - e) golenie **Tak**/**Nie**.
 - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**/**Nie**.
 - g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**/**Nie**.
 - h) 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**.
 - i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**/**Nie**.
 - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**/**Nie**.
 - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**/**Nie**.
 - l) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak**/**Nie**.
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) 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**.
 - b) 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**.
 - c) 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**.
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) **Tak**/**Nie**.
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**/**Nie**.



- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak****/Nie**;
 - g) 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:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak****/Nie**;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak****/Nie**;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak****/Nie**;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak****/Nie**;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak****/Nie**;
 - f) 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:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak****/Nie**;
 - b) wyjście na spacer **Tak****/Nie**;
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak****/Nie**;
 - d) 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**;
 - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak****/Nie**;
 - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak****/Nie**;
 - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak****/Nie**;
 - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak****/Nie**;
 - i) 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. CUS, MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną formy wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego 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:

a) limitu przyznanych godzin:

b) limitu wykorzystanych godzin:.....

c) nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/i 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/lam się (zostałem/lam 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 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
- 5) W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest 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.

Trzcianka, dnia 2024 r.

.....
(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 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 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.