

Załącznik nr 1 do Regulaminu
Usługi asystenckiej dla osób niepełnosprawnych w projekcie
„Wspieramy ducha samodzielności i sprawczości.
Deinstytucjonalizacja usług społecznych w gminach powiatu kępińskiego

Karta zakresu czynności usługi asystenckiej

I. Dane uczestnika:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Czy dla uczestnika ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**

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

7. Jaki jest Pan(i) stopień / rodzaj niepełnosprawności:

- 1) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności ,
- 2) lekki stopień niepełnosprawności ,
- 3) niepełnosprawność sprzężona (dwie lub więcej przyczyn niepełnosprawności) ,
- 4) choroby psychiczne ,
- 5) niepełnosprawność ruchowa ,
- 5) inne, jakie.....

8. 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

9. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** / **Nie**

10. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

11. 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, telefon kontaktowy

.....

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) korzystanie z toalety Tak / Nie ;

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel Tak / Nie ;

- c) czesanie **Tak** / **Nie**
 - d) golenie **Tak** / **Nie**
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie**
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie**
 - g) 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**
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie**
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie**
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie**
 - k) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie**
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – pomoc w sprzątnięciu 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) dokonywanie zakupów bieżących według listy sporządzonej przez osobę z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**
 - d) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – pomoc w myciu okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** / **Nie**
 - e) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
 - f) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
 - g) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**
 - h) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**

- i) transport zwierząt domowych, np. do weterynarza **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** ,
- j) wsparcie techniczne w realizacji obowiązków zawodowych **Tak** / **Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z 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/Pani realizowane:

.....

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika/opiekuna prawnego)