

**Karta zgłoszenia do Programu\***  
**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**  
**- edycja 2024**

**I. DANE UCZESTNIKA (osoby niepełnosprawnej)**

1. Imię i nazwisko: ..... nazwisko rodowe: .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny:  **Tak**  **Nie**  
Jeżeli **tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....
4. Telefon kontaktowy: .....
5. Data urodzenia uczestnika: .....
6. Status na rynku pracy uczestnika: .....
7. Grupa/stopień niepełnosprawności uczestnika: .....
8. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? (więcej niż jeden symbol niepełnosprawności)  **Tak**  
 **Nie**
9. Liczba dorosłych pełnosprawnych mieszkających w gospodarstwie domowym z uczestnikami: .....
10. Uczestnik mieszka samodzielnie:  **Tak**  **Nie**
11. Uczestnik jest osobą samotną, bez wsparcia rodziny:  **Tak**  **Nie**
12. Jaki jest rodzaj niepełnosprawności uczestnika:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa rdzeniowa)
  - 2) dysfunkcja narządu wzroku
  - 3) zaburzenia psychiczne
  - 4) dysfunkcja o podłożu neurologicznym
  - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu
  - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
13. Która z wymienionych wyżej niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną (podać numer)  
.....

**II. SYTUACJA ZDROWOTNA UCZESTNIKA:**

1. Czy porusza się Pan(i):

<u>W domu</u>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie <input type="checkbox"/>
<u>Poza miejscem Zamieszkania</u>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie <input type="checkbox"/>



2. Porusza się Pan(i) 1) na wózku Inwalidzkim  2) z pomocą laski, balkonika  3) inne: z pomocą .....

3. Osoba leżąca:  Tak  Nie

4. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie:

Tak  Nie  Nie opuszczam miejsca zamieszkania

5. Jeśli Tak to jakiego typu wsparcie?

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

6. Dodatkowe informacje o sytuacji zdrowotnej, mieszkaniowej, osobistej uczestnika:

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

### III. ŚRODOWISKO:

Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

### IV. ASYSTENT:

1. Na swojego Asystenta wskazuję (imię i nazwisko oraz nr tel.):

.....

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

.....

3. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne? .....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Zakres czynności w szczególności ma dotyczyć:

#### 1) Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymanie 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 na wózku..... Tak  Nie
- h) Zapobieganie powstawania odleżyn lub odparzeń ..... Tak  Nie
- i) Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ..... Tak  Nie
- j) Przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym PEG i sondę) ..... Tak  Nie
- k) Ślanie łóżka i zmiana pościeli ..... Tak  Nie

## 2) Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) W przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenie 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 – 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 uczestnika do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go  Tak  Nie
- g) Transport dziecka uczestnika np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności uczestnika) ..... Tak  Nie

## 3) Wsparcie 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 niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ..... Tak  Nie

## 4) Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) Obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego 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 .....  **Tak**  **Nie**
- h) Wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności uczestnika ....  **Tak**  **Nie**
- i) Wsparcie w zakresie wypełnianiu ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ....  **Tak**  
 **Nie**

## V. OTRZYMYWANA POMOC

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu „Asystent osobisty Osoby Niepełnosprawnej”?  **Tak**  
 **Nie**

2. Czy do tej pory Korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia:  **Tak**  **Nie**

Jeśli **tak**, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych (np. OPS/MOPS, PCPR, Fundacja, Organizacja pozarządowa, prywatnie opłacona osoba, osoba z rodziny, która opiekuje się uczestnikiem programu i uzyskuje z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne, itp.) jeśli wymienione formy wsparcia proszę dopisać jakie wsparcie (np. opiekunka środowiskowa, pielęgniarz, kurier, program unijny, rządowy, wojewódzki, inny, jaki?) oraz zadowolony/niezadowolony i czy w dalszym ciągu z nich Pan(i) korzysta lub dlaczego Pan(i) 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) Ilości wykorzystanych godzin: .....  
c) Nazwy Realizatora Programu: .....

4. Czy uczęszcza Pan(i) do:

Warsztatu Terapii Zajęciowej  **Tak**  **Nie**

Zakładu Aktywności Zawodowej  **Tak**  **Nie**

Dziennego Domu Pobytu  **Tak**  **Nie**

Środowiskowego Domu Samopomocy  **Tak**  **Nie**

Klub Seniora /Uniwersytet III Wieku  **Tak**  **Nie**

Przedszkola / Szkoły / Pracy  **Tak**  **Nie** (nazwa) .....

Inne (jakie) .....

Jeśli **TAK**, czy jest konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z powyższego miejsca  **Tak**  **Nie**

## INFORMACJE DODATKOWE:

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

## VI. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że **wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie** przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług.



2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami **przetwarzania moich i mojego podopiecznego danych osobowych** w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się 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 2023r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogicznie wsparcie, o których mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent, o którym mowa w pkt. IV ust. 1, **jest przygotowany** do świadczenia usług asystencji osobistej na moją rzecz/ na rzecz mojego podopiecznego.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(czytelny podpis uczestnika Programu\*\*/  
Rodzica/ opiekuna prawnego\*\*\*)

\* 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 wskazaniem 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.

\*\* W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez osobę niepełnosprawną na Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, należy uczynić **tuszowy odcisk palca** osoby niepełnosprawnej. Obok tego odcisku opiekun/rodzic wypisuje imię i nazwisko osoby czyniącej odcisk oraz jednocześnie obok umieszcza swój czytelny podpis.

\*\*\* Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (w przypadku pełnoletniego uczestnika Programu) należy dołączyć kserokopię dokumentu **potwierdzającego prawną opiekę** nad uczestnikiem.

\*\*\*\* W przypadku, gdy usługi asystenckie będą świadczone na rzecz dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 16 r. ż. należy dołączyć **Zaświadczenie o Niekaralności z 2024r.**

\*\*\*\*\* W przypadku, gdy usługi asystenckie będą świadczone na rzecz dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 16 r. ż. należy dołączyć **informację o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z 2024r. (w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru).**

\*\*\*\*\* W przypadku, gdy usługi asystenckie będą świadczone na rzecz dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 16 r. ż. należy dołączyć **pisemną akceptację swojej osoby ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.**

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

.....  
(Podpis osoby przyjmującej  
zgłoszenie w PCPR w Mońkach)