



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

I. DANE UCZESTNIKA (osoby niepełnosprawnej):

1. Imię i nazwisko: nazwisko rodowe:

2. Adres zamieszkania:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia uczestnika:

5. Status na rynku pracy uczestnika:

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny? **Tak** **Nie**

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

7. Grupa/stopień niepełnosprawności uczestnika:

8. Jaki jest rodzaj niepełnosprawności uczestnika:

- 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 wyżej niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną (podać numer):

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? **Tak** **Nie**

11. Liczba dorosłych pełnosprawnych mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym:

12. Czy Uczestnik jest osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?
Tak **Nie**

13. Czy Uczestnik jest osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością,
bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? **Tak** **Nie**

14. Dodatkowe informacje o sytuacji mieszkaniowej, osobistej uczestnika:
.....
.....
.....
.....
.....



15. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie

Poza miejscem
Zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie

16. Porusza się Pan(i)

1) na wózku Inwalidzkim

2) z pomocą laski, balkonika

3) inne: z pomocą

17. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?

Tak Nie Nie opuszczam miejsca zamieszkania

18. Jeśli TAK to jakiego typu wsparcie?

19. Dodatkowe informacje o sytuacji zdrowotnej uczestnika:

II. ŚRODOWISKO:

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

III. 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) ubieranie Tak Nie

b) korzystanie z toalety Tak Nie

c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel Tak Nie

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

Kwota dofinansowania: 2.191.572,00 zł



- 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) wsparcie 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 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 wsadaniu 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 lub członka jej rodziny **Tak** **Nie**
 - asystenta lub użyczonym (nie przez osobę z niepełnosprawnością lub członka jej rodziny) **Tak** **Nie**

4) wsparcie 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** **Nie**
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** **Nie**
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** **Nie**
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** **Nie**
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności uczestnika **Tak** **Nie**
- j) wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** **Nie**

IV. 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 opłacana osoba itp.) jeśli wymienione zostaną formy wsparcia proszę dopisać jakie wsparcie (np. opiekunka środowiskowa, pielęgniarka, 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 <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| Zakładu Aktywności Zawodowej | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| Dziennego Domu Pobytu | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| Środowiskowego Domu Samopomocy | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| Klub Seniora / Uniwersytet III Wieku | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| Przedszkola / Szkoły / Pracy | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> (nazwa) |
| Inne (jakie?) | | |

INFORMACJE DODATKOWE:

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



V. 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 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 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), **inne usługi** finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne 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. III ust. 1, **jest przygotowany do świadczenia usług asystencji osobistej na moją rzecz / na rzecz mojego podopiecznego.**

Miejscowość, data

.....

(czytelny podpis uczestnika Programu** / rodzica nieletniego / opiekuna prawnego***)

* 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 do ukończenia 16. roku życia kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 - 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 2025, 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 2025 (w przypadku pełnoletniego uczestnika Programu) należy dołączyć kserokopię dokumentu **potwierdzającego prawną opiekę** nad uczestnikiem.

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

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie w PCPR w Mońkach)