**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024**

**Realizator Programu: Caritas Archidiecezji Warmińskiej Biuro projektu: ul. Kromera 5-7, 10-129 Olsztyn, tel. 607 080 005**

**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:

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 powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………

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** [ ]

15. Czy ma Pan(i) możliwość korzystania z pomocy osób najbliższych w wykonywaniu codziennych czynności? **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 ………………………………………………………………………………………….…………..………

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:
	1. korzystanie z toalety **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **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 przypadku 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:
3. Kto realizował/realizuje pomoc? (MOPS? prywatnie opłacana osoba? Inne?) ………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………

1. Czy jest/był(a) Pan(i) zadowolony/zadowolona z tych form wsparcia? Tak [ ]  / Nie [ ]

dlaczego? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w dalszym ciągu korzysta Pan(i) z tych form wsparcia? Tak [ ]  / Nie [ ]

Jeśli nie, dlaczego?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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 godzin: ……….
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 Organizacji Pozarządowych – 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 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 którym mowa w dziale IV ust. 11 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 Organizacji Pozarządowych – 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 asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**Realizator Programu: Caritas Archidiecezji Warmińskiej Biuro projektu: ul. Kromera 5-7 10-129 Olsztyn, tel. 607 080 005**

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – 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.