**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………
2. Adres do korespondencji : .…...................…….................………...............................................…………..………………………
3. Gmina: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Adres email: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….…………………………………………………
6. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………
7. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..……………………………………..
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak ☐ / Nie ☐**

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

1. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……………………………………………………………………………………………………………….
2. 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 ☐,
3. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………
4. 10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak ☐ / Nie ☐**
5. 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 ☐ |

1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak ☐ / Nie ☐**
2. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

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

1. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? –

**Tak ☐ / Nie ☐**

1. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

Jeśli Tak, to w jakim stopniu niepełnosprawności ………………………………………………………………………………………………….

1. Czy ma Pan(i) możliwość korzystania z pomocy osób najbliższych, w jakim zakresie?

**☐** Codziennie

☐ W weekendy

**☐** Kilka razy w miesiącu

**☐** Nie mam możliwości

1. Czy korzysta Pan(i) z innych form pomocy/wsparcia:

**☐** usługi opiekuńcze, usługi specjalistyczne (podkreśl właściwe)

**☐** ŚDS, WTZ, Dzienny Dom Pomocy (podkreśl właściwe)

**☐** Klub, Stowarzyszenia (podkreśl właściwe)

**☐** inne (należy wpisać) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

☐ nie korzystam

**II.ŚRODOWISKO:**

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-1):**

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: ………………………………….
2. Wiek:………………………………..
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

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

1. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? **Tak ☐ / Nie ☐**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

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

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

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

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

1. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

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

1. 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. ubieranie **Tak ☐ / Nie ☐;**
      2. korzystanie z toalety **Tak ☐ / Nie ☐**;
      3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak ☐ / Nie ☐**;
      4. czesanie **Tak ☐ / Nie ☐**;
      5. golenie **Tak ☐ / Nie ☐**;
      6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak ☐ / Nie ☐**;
      7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak ☐ / Nie ☐**;
      8. 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 ☐**;
      9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak ☐ / Nie ☐**;
      10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak ☐ / Nie ☐**;
      11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak ☐ / Nie ☐**;
      12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak ☐ / Nie ☐**.
   2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
      1. 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 ☐**;
      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 (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 ☐**;
      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 ☐**.
2. 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 ☐**.
3. 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. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak ☐ / Nie ☐;**
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak ☐ / Nie ☐**;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak ☐ / Nie ☐**;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. **Tak ☐ / Nie ☐**;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**;
   10. 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. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

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

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

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

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

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/były 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 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 2024 r. poz. 1283), 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. 13 Programu finansowane ze środków publicznych.

1. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – 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. 5 pkt 1 i 2 Programu.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

……………………………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

– 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 określonymi 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.

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-1)