

**DEKLARACJA**

przystąpienia do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

**Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko:  
.....
2. Adres:  
.....
3. Telefon kontaktowy:  
.....
4. Data urodzenia, PESEL:  
.....
5. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

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

.....

6. Grupa/stożenie niepełnosprawności:  
.....
7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
  - dysfunkcja narządu wzroku
  - zaburzenia psychiczne
  - dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - dysfunkcja narządu mowy i słuchu
  - pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

8. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:  
.....

9. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**

10. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

**Tak**  / **Nie**

12. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? **Tak**  / **Nie**

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

**ŚRODOWISKO:**

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

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

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

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

Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....  
.....

W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

**Tak**  / **Nie**  wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:, ubieranie, korzystanie z toalety, mycie głowy, mycie ciała, kąpiel, czesanie golenie, wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu, obcinanie paznokci rąk i nóg, zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku, zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń, zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,

**Tak  / Nie**  przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów,

**Tak  / Nie**  wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie: sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci, dokonywanie bieżących zakupów, utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.), pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością),

**Tak  / Nie**  podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go,

**Tak  / Nie**  transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością),

**Tak  / Nie**  wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania: pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością, pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym, pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym, pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu,

**Tak  / Nie**  asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami, transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta,

**Tak  / Nie**  wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, takich jak: obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji wyjście na spacer,

**Tak  / Nie**  asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych,

**Tak  / Nie**  wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze,

**Tak  / Nie**  pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych.

**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: (np. opieka wytchnieniowa, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością, opiekunka środowiskowa)  
.....  
.....  
.....  
.....
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. limitu wykorzystanych godzin: .....
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane: .....

***Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego)