**Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

***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/stopień niepełnosprawności: ………………………………………………………………………………………………………

7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

* dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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-

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**,** czesaniegolenie**,** 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**,**

-2-

**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.

-3-

**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)

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

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: …………………………………………………………….……….

***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)

-4-