**AOON 2025**

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu**

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

**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 jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

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

**II. ŚRODOWISKO:**

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

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

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

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

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-2):**

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 oraz numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….…………..…………………………………………………………………………….

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. 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.) [ ] ;
	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. 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 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 z późn. zm.), 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. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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. 4 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 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 od ukończenia 2. roku życia 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.

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-2)