

Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego.

**Karta zgłoszenia uczestnika do korzystania ze wsparcia w ramach realizacji zadania:
„ Usługi asystencji osobistej dla mieszkańców Powiatu Lipskiego
z niepełnosprawnościami – 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 oponowa – 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*:

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?

.....

* Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

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.a) ubieranie Tak ☐ / Nie ☐;

1.b) korzystanie z toalety Tak ☐ / Nie ☐;

1.c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel Tak ☐ / Nie ☐;

1.d) czesanie Tak ☐ / Nie ☐;

1.e) golenie Tak ☐ / Nie ☐;

1.f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu Tak ☐ / Nie ☐;

1.g) obcinanie paznokci rąk i nóg Tak ☐ / Nie ☐;

1.h) 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 ☐;

1.i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń Tak ☐ / Nie ☐;

1.j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych Tak ☐ / Nie ☐;

1.k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) Tak ☐ / Nie ☐;

1.l) ślanie łóżka i zmiana pościeli Tak ☐ / Nie ☐.

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

2.a) 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.b) 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 ☐.

2.c) 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 ☐.

2.d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

Tak ☐ / Nie ☐.

2.e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) Tak ☐ / Nie ☐.

2.f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go Tak ☐ / Nie ☐.

2.g) 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:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością Tak ☐ / Nie ☐.

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym Tak ☐ / Nie ☐.

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym

Tak ☐ / Nie ☐.

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu Tak ☐ / Nie ☐.

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami Tak ☐ / Nie ☐.

f) 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:

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji Tak ☐ / Nie ☐.

b) wyjście na spacer Tak ☐ / Nie ☐.

c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. Tak ☐ / Nie ☐.

d) 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 ☐.

e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy Tak ☐ / Nie ☐.

f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się Tak ☐ / Nie ☐.

g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze Tak ☐ / Nie ☐.

h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. Tak ☐ / Nie ☐.

i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością Tak ☐ / Nie ☐.

j) 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?

.....

.....

.....

.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z 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:

.....

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 zadania.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z regulaminem określającym zasady rekrutacji uczestników i świadczenia usług asystencji osobistej w ramach realizacji zadania „Usługi asystencji osobistej dla mieszkańców Powiatu Lipskiego z niepełnosprawnościami – edycja 2025” realizowanego w obszarze „Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych” na podstawie uchwały Uchwały nr 1430/104/25 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 22 lipca 2025 r. udostępnionym na stronie internetowej: <https://domseniorawkijance.pl/>.

4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej w ramach niniejszego zadania, 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 Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)