

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

***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.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1	wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej	
a	korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>
b	mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	<input type="checkbox"/>
c	czesanie	<input type="checkbox"/>
d	golenie	<input type="checkbox"/>
e	wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	<input type="checkbox"/>
f	obcinanie paznokci rąk i nóg	<input type="checkbox"/>
g	zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku	<input type="checkbox"/>
h	zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń	<input type="checkbox"/>
i	zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	<input type="checkbox"/>
j	przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	<input type="checkbox"/>
k	słanie łóżka i zmiana pościeli	<input type="checkbox"/>
2	wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie	
a	w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci	<input type="checkbox"/>
b	dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo 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)	<input type="checkbox"/>
c	w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku	<input type="checkbox"/>
d	utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)	<input type="checkbox"/>
e	pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)	<input type="checkbox"/>
f	podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go	<input type="checkbox"/>
g	transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)	<input type="checkbox"/>
3	wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania	
a	pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>
b	pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym	<input type="checkbox"/>
c	pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym	<input type="checkbox"/>
d	pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	<input type="checkbox"/>

e	asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	<input type="checkbox"/>
f	transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta	<input type="checkbox"/>
4	wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem	
a	obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	<input type="checkbox"/>
b	wyjście na spacer	<input type="checkbox"/>
c	asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
e	wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	<input type="checkbox"/>
f	notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	<input type="checkbox"/>
g	pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.	<input type="checkbox"/>
h	wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>
i	w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	<input type="checkbox"/>

..... ,

Miejscowość

Data

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego