

Nr karty (nadaje MOPS) .....

Nazwa organizacji świadczącej usługę .....

Limit przyznanych godzin .....

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

<b>I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:</b>	
Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon kontaktowy	
Data urodzenia	
Status na rynku pracy	
Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny	<b>Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/></b>
	Jeżeli <b>Tak</b> , proszę podać jego imię i nazwisko
Grupa/stopień niepełnosprawności	
Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:	dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) <input type="checkbox"/>
	dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/>
	zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/>
	dysfunkcje o podłożu neurologicznym <input type="checkbox"/>
	dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/>
pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne <input type="checkbox"/>	
Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną	
Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?	<b>Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/></b>

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"/>
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> / <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?	
Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> / <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>II. ŚRODOWISKO:</b>	
Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?	
<b>III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:</b>	
Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:	Płeć:
	Wiek:
	Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:
Czy wskazuje Pan (i) asystenta?	<b>Tak</b> <input type="checkbox"/> / <b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
	Jeżeli <b>Tak</b> , proszę podać jego imię i nazwisko
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:		
1) Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:	korzystanie z toalety	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	czesanie	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	golenie	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	obcinanie paznokci rąk i nóg	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	słanie łóżka i zmiana pościeli	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:	w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:	pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:	obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	wyjście na spacer	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
	w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	
<b>IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:</b>		
Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	
	Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych: <b>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?</b>	
Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pani(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli Tak, proszę o podanie:	
	limitu przyznanych godzin	
	limitu wykorzystanych godzin:	
	nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są 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 2024.
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), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie poinformować realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie (MOPS)

### Czy osoba korzysta z innych form wsparcia w MOPS? – wypełnia pracownik socjalny

Tak  / Nie  , Jeżeli Tak, proszę wskazać z jakich .....

.....  
Podpis pracownika socjalnego

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.