Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

caritas ARCHIDIECEZJI KATOWICKIEJ

Zakres czynności usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(wypełniane na podstawie wywiadu z uczestnikiem projektu/opiekunem prawnym)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:…….

Zakres czynności w szczególności dotyczy: (proszę zaznaczyć znakiem X)

a) zapewnienie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON) przy wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym dopasowanych do potrzeb i ograniczeń indywidualnych, w tym:

o pomoc asystenta w przygotowaniu do wyjścia,

o pomoc w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania, pobycie (jeśli zachodzi taka konieczność), powrocie oraz dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsca np. praca, sklep, wizyta u lekarza, urzędy, znajomi, rodzina, zajęcia terapeutyczne, rehabilitacyjne, kursy,

o pomoc w nauce orientacji przestrzennej w mieście oraz w korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej

o pomoc w robieniu zakupów pod warunkiem obecności osoby niepełnosprawnej i przyniesie zakupów do miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej o wadze nie większej niż 5 kg

o towarzyszenie i pomoc przy załatwianiu spraw urzędowych,

o pomoc w korzystaniu z dóbr kultury, rekreacji, sportu,

o pomoc w komunikowaniu się z otoczeniem (wyjście na spacer, asystowanie w miejscach użyteczności publicznej, wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy)

o pomoc w utrwalaniu poziomu samodzielności w obszarze społeczno-zawodowym,

o pomoc w procesie usamodzielniania się w kontekście działań deinstytucjonalizacyjnych,

o pomoc w drobnych czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (jakich ?)

……

……

o pomoc w czynnościach samoobsługowych / pielęgnacyjnych jako usługa współtowarzysząca podczas usługi asystenckiej (jakich?) ……

……

o stworzenie warunków do prowadzenia możliwie niezależnego życia poprzez stymulowanie osób niepełnosprawnych do podejmowania aktywności przy wsparciu AOON

o umożliwienie uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności np. udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, edukacyjnych, sportowych czy też rehabilitacyjnych celem zapobiegania izolacji społecznej dopasowanych do potrzeb i ograniczeń indywidualnych,

Oświadczam, że zapoznałem się z zakresem czynności usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej i zobowiązuję się do ich stosowania zgodnie z Indywidualnym Planem Działania dla uczestnika projektu, w stosunku do którego świadczyć będę usługi asystencji osobistej.

……

Czytelny podpis asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej