

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – 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 utrzymania higieny osobistej:

- a) korzystanie z toalety ☐
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐
- c) czesanie ☐
- d) golenie ☐
- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐
- h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐
- i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐
- j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ☐
- k) stanie łóżka i zmiana pościeli ☐.

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 ☐
- 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) ☐
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐

- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;
- b) wyjście na spacer ☐;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
- 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 ☐;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;

- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)