

**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 utrzymania higieny osobistej:**
	1. korzystanie z toalety [ ]
	2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel [ ] ;
	3. czesanie [ ] ;
	4. golenie [ ] ;
	5. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu [ ] ;
	6. obcinanie paznokci rąk i nóg [ ] ;
	7. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku [ ] ;
	8. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń [ ] ;
	9. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych [ ] ;
	10. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) [ ] ;
	11. słanie łóżka i zmiana pościeli [ ] .
2. **wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:**
	1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci [ ] ;
	2. 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) [ ] ;
	3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku [ ] ;
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) [ ] ;
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) [ ] ;
	6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go [ ] ;
	7. 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:**
	1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością [ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym [ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym [ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu [ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami [ ] ;
	6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta [ ] .
4. **wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**
	1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji [ ] ;
	2. wyjście na spacer [ ] ;
	3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. [ ] ;
	4. 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 [ ] ;
	5. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem
	się [ ] ;
	6. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze [ ] ;
	7. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. [ ] ;
	8. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością [ ] ;
	9. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, dnia ……………………… . ……………………………………………………………………

podpis Uczestnika Programu / opiekuna prawnego

…………………………………………………………………..

podpis asystenta osobistego