

**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