

Karta zgłoszenia do Projektu „Asystent – wspieram aktywność”

realizowanego przy wsparciu finansowym ze środków PFRON. Czas trwania projektu: 1.03.2025r. – 31.03.2028r.

I. Dane beneficjenta Projektu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Czy dla beneficjenta Projektu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak / Nie**
7. Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:.....
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - a. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
 - b. dysfunkcja narządu wzroku
 - c. zaburzenia psychiczne
 - d. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
 - e. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
 - f. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
11. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak / Nie**
12. Czy porusza się Pan(i):

| | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <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"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <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"/> |
13. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak / Nie**
14. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?
.....
15. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak / Nie**
16. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak / Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?
.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA¹:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:Wiek:

2. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

3. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

.

4. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wspieranie w czynnościach dnia codziennego:

- a) *robienie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. podawanie towarów z półek, wkładanie towarów i niesienie koszyka, prowadzenie wózka beneficjenta projektu lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)* **Tak** / **Nie**
- b) *przygotowanie posiłków i napojów* **Tak** / **Nie**
- c) *utrzymanie porządku domowego (pomoc w sprzątnięciu pomieszczeń, praniu, prasowaniu, myciu okien, utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie)* **Tak** / **Nie**
- d) *zarządzanie budżetem* **Tak** / **Nie**
- e) *organizacja przestrzeni domowej (ułatwiająca dostęp do potrzebnych rzeczy, zwiększająca przestrzeń)* **Tak** / **Nie**
- f) *w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji* **Tak** / **Nie**

2) wspieranie mobilności i przemieszczania się (towarzyszenie w wyjściach i powrotach do domu):

- a) *wyjście na spacer (w tym: pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością)* **Tak** / **Nie**
- b) *towarzyszenie w dojazdach do wybranych miejsc np: praca, uczelnia, placówki zdrowotne, urzędy czy instytucje kultury* **Tak** / **Nie**
- c) *transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka rodziny lub asystenta* **Tak** / **Nie**
- d) *pomoc w planowaniu podróży* **Tak** / **Nie**

3) wspieranie w załatwianiu spraw urzędowych:

- a) *załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy* **Tak** / **Nie**
- b) *wsparcie w wypełnianiu formularzy, uzyskiwaniu potrzebnych dokumentów i rozumieniu procedur administracyjnych* **Tak** / **Nie**
- c) *pomoc w orientacji przestrzennej, w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi* **Tak** / **Nie**
- d) *wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością* **Tak** / **Nie**

4) wspieranie uczestnictwa w życiu kulturalnym i społecznym:

- a) *wspieranie w realizacji zainteresowań i rozwijaniu pasji* **Tak** / **Nie**
- b) *asystowanie podczas wyjścia do teatru, kina i innych miejsc służących propagowaniu kultury czy sportu* **Tak** / **Nie**

5) wspieranie w sferze edukacyjnej:

- a) *zaprowadzanie i odbieranie dziecka z niepełnosprawnością ze szkoły, przedszkola, na zajęcia terapeutyczne* **Tak** / **Nie**
- b) *pomoc w wypełnianiu zadań domowych* **Tak** / **Nie**
- c) *pomoc w integracji z rówieśnikami* **Tak** / **Nie**

¹ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

6) wspieranie w komunikacji z otoczeniem:

- a) pomoc w obsłudze komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie**
- b) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie**
- c) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie**

Rola asystenta polega na wspieraniu, ale nie wyręczaniu. Asystent działa zgodnie z indywidualnymi potrzebami i preferencjami osoby z niepełnosprawnością, co oznacza, że wsparcie dostosowywane jest do konkretnych oczekiwań podopiecznego. Wsparcie asystenta ma na celu zwiększenie niezależności beneficjenta, poprawę funkcjonowania w różnych rolach społecznych, a także przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez umożliwienie pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i zawodowym. Asystent nie może pełnić działań opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych, które regulowane są ustawą o pomocy społecznej.

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

- 1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** / **Nie**
- 2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:
dopytać jaka instytucja: np. MOPS, WTZ, ŚDP, ZAZ, 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?

- 3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**
Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:
 - a. limitu przyznanych godzin:
 - b. limitu wykorzystanych godzin:
 - c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były 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 do Projektu „Asystent – wspieram aktywność”
- 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 2024r. poz. 1283), inne usługi finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych albo finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych (np. asystent w szkole).
- 5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Projektu „Asystent – wspieram aktywność” oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla beneficjenta Projektu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, określonych w kwalifikacjach asystentów (osoby posiadające certyfikat asystenta, lub osoby bez certyfikatu, ale z co najmniej 6-miesięcznym doświadczeniem bycia asystentem).

Miejscowość, data

(Podpis beneficjenta Projektu/opiekuna prawnego)

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

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć **kserokopię aktualnego orzeczenia** o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym

Załącznik nr 1 do Projektu: „Asystent - wspieram aktywność”

orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami określonymi 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.