**KARTA ZGŁOSZENIA MAŁOLETNIEJ/GO DO PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”– EDYCJA 2023”**

1. **DANE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA \*:**

Imię i nazwisko: ....................................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................

Dane do kontaktu : Numer telefonu: .................................................................................................

Adres e-mail ……………………….…………………………………………..

**DANE MAŁOLETNIEGO - UCZESTNIKA PROGRAMU:**

1. Imię i nazwisko: ………………………………...................................................…….………..…

2. Adres: ………….…...................…….................………...................................................................

3. Data urodzenia …………………………………..

4. Telefon kontaktowy: …………..…………………

5. Nazwa i adres placówki oświatowej do której/jeśli uczęszcza …………………………………

…………………………………………………………………………………………..……………

6. Grupa/stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

7. Jaki jest rodzaj niepełnosprawności ( zaznaczyć właściwe):

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

2) dysfunkcja narządu wzroku,

3) zaburzenia psychiczne,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

8. Która z wymienionych powyżej niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

……………………………………………………………………………………………………….

9. Jaki jest sposób poruszania się :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **w miejscu**  **zamieszkania- w domu ☐** | ☐ samodzielnie | | ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | ☐ nie porusza się samodzielnie ani  z pomocą sprzętów ortopedycznych | |
| **poza miejscem zamieszkania** ☐ | | ☐ samodzielnie | ☐ z pomocą sprzętów   ortopedycznych itp. | ☐ nie porusza się samodzielnie ani  z pomocą sprzętów ortopedycznych |  |

10. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie –   
**Tak ☐ / Nie ☐**

11. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..

**II. ŚRODOWISKO:**

12.W jakich czynnościach w szczególności wymaga wsparcia?

1. czynności samoobsługowe **Tak ☐ / Nie ☐**
2. czynności pielęgnacyjne **Tak ☐ / Nie ☐**
3. w wypełniania ról społecznych **Tak ☐ / Nie ☐**
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak ☐ / Nie ☐**
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak ☐ / Nie ☐**
6. innych czynnościach życia i funkcjonowania społecznego –wymienić jakich: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANE FORMY WSPARCIA:**

1. Czy do tej pory małoletni/nia korzystał(a) z innych form wsparcia? **Tak ☐ / Nie ☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych (*np. MGOPS, placówka oświatowa, ośrodki wsparcia, prywatnie opłacana* *osoba, itp.) ………………………………..…… ……………………….………………………………………………………………………………..………*

3.Jeśli wymienione zostały formy wsparcia proszę wskazać które formy spełniały oczekiwania,   
 czy w dalszym ciągu małoletni/nia z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta? ………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

Prosimy o określenie cech asystenta, które byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ 2. Wiek: ……………………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie potrzebne? …………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc asystent? – zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1. w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
   2. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie  osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej  o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ;
   3. myciu okien;
   4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
   5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
   6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
   7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
2. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
   1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
   2. czesaniu ;
   3. goleniu;
   4. obcinaniu paznokci rąk i nóg;
   5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
   6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
   7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
   8. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer;
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
   6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru;
   7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny(a), aby przeszkolić asystenta do wykonywania

dla syna/córki wybranych usług asystencji osobistej? Tak ☐ / Nie ☐

Ropczyce dn. ………………. ……………………………………………

(czytelny podpis uczestnika Programu/

opiekuna prawnego)

**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 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie 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 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

**ADNOTACJA KIEROWNIKA MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ROPCZYCACH**

Na podstawie przedłożonej dokumentacji potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

Ropczyce dn. …………………… …………………………………….

( pieczątka i podpis osoby uprawnionej)

*\*Zaznaczyć właściwe*