Załącznik nr 8 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2024

**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