

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:
 - a) korzystanie z toalety
 - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - c) czesanie
 - d) golenie
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
 - k) sianie łóżka i zmiana pościeli



- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
 - b) 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) ;
 - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
 - g) 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:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami .



- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji .
 - b) wyjście na spacer .
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. .
 - d) 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 .
 - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się .
 - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze .
 - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. .
 - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością .
 - i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)