

**KARTA ZAKRESU CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ W PROGRAMIE**  
**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI” – EDYCJA 2023**

**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.

**UCZESTNIK PROGRAMU-PODOPIECZNY.....**

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ,
  - b) czesaniu ,
  - c) goleniu ,
  - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ,
  - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ,
  - f) zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń ,
  - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ,
  - h) sianiu łóżka i zmianie pościeli
  
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
  - b) dokonywaniu bieżących zakupów (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) ,
  - c) myciu okien ,

- d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
  - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ,
  - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ,
  - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ,
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ,
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ,
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ,
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ,
  - f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer ,
  - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ,
  - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ,
  - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ,
  - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ,
  - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ,
  - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

Miejscowość, dnia .....

.....

Podpis Uczestnika/opiekuna prawnego