Załącznik nr 4 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**

***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.*

Imię i nazwisko podopiecznego:

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej: a) ubieranie ☐;
   * 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - 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) ☐;

* 1. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
  2. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

1. 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 ☐.
2. 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. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
     6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
     7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze

☐;

* + 1. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. ☐;
    2. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;
    3. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.