



## Karta zgłoszenia do Projektu

„Asystent dla Ciebie” nr FEOP.07.01-IZ.00-0029/23

### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. PESEL:

.....

5. Status na rynku pracy:

.....

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

7. Grupa inwalidzka/stopień niepełnosprawności:

.....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – 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 ,

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych i/lub innych osób, itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|---|



**Poza miejscem zamieszkania**  1) samodzielnie  2) z pomocą sprzętów ortopedycznych i/lub innych osób, itp.  3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

12. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak**  / **Nie**

## II. Dodatkowe informacje o uczestniku/czce projektu:

### SKALA BARTHEL

<b>Spożywanie posiłków:</b>	
0-nie jest w stanie samodzielnie jeść	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety	<input type="checkbox"/>
10-samodzielny, niezależny	<input type="checkbox"/>
<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b>	
0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	<input type="checkbox"/>
5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)	<input type="checkbox"/>
10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	<input type="checkbox"/>
15-samodzielny	<input type="checkbox"/>
<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b>	
0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych	<input type="checkbox"/>
5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów	<input type="checkbox"/>
<b>Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny</b>	
5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam	<input type="checkbox"/>
10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	<input type="checkbox"/>
<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b>	
0-zależny	<input type="checkbox"/>
5-niezależny lub pod prysznicem	<input type="checkbox"/>
<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b>	
0-nie porusza się lub < 50 m	<input type="checkbox"/>
5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m	<input type="checkbox"/>
10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m	<input type="checkbox"/>
15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	<input type="checkbox"/>
<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b>	
0-nie jest w stanie	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie	<input type="checkbox"/>
10-samodzielny	<input type="checkbox"/>
<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b>	
0-zależny	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy	<input type="checkbox"/>
10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	<input type="checkbox"/>
<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b>	
0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw	<input type="checkbox"/>
5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/>
10-panuje, utrzymuje stolec	<input type="checkbox"/>
<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b>	
0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny	<input type="checkbox"/>
5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/>
10-panuje, utrzymuje moczu	<input type="checkbox"/>
<b>Razem Punktów</b>	
<b>KRYTERIA REKRUTACYJNE - PREMIUJĄCE:</b>	
- orzeczenie o niepełnosprawności (preferencje dla znaczny i umiarkowany): 1 pkt	
- osoby zamieszkujące samotnie: 1 pkt	



- osoby z niepełnosprawnością sprzężoną: 1 pkt	
- osoby korzystające z programu FE PŻ: 1 pkt	
<b>RAZEM</b>	

### III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: .....
2. Wiek:.....
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

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

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

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

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 **Tak**  / **Nie** ;
  - 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) **Tak**  / **Nie** ;
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie** ;
  - 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) **Tak**  / **Nie** ;
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie** ;
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ;
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie** ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie** ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak**  / **Nie** ;
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie** ;
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak**  / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie** ;
  - b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie** ;



- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.  
**Tak  / Nie** ;
- 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 **Tak  / Nie** ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak  / Nie** ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak  / Nie** ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak  / Nie** ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak  / Nie** .

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak  / Nie**

## 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 Projektu.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.



.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do **Projektu „Asystent dla Ciebie” nr FEOP.07.01-IZ.00-0029/23** należy dołączyć:

- kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo zaświadczenia równoważnego,

lub

-orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności albo zaświadczenia równoważnego, plus zaświadczenie lub oświadczenie o ciężkich chorobach lub chorobach przewlekłych uniemożliwiających swobodne codzienne funkcjonowanie oraz pokonywanie barier na które napotykają np. otyłość.