**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– 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.*

**Osoba niepełnosprawna:** …..…………………………………………………….……………

**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej:** ……………………………………….…………………..…

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
	1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli [ ] ;
	2. czesaniu [ ] ;
	3. goleniu [ ] ;
	4. obcinaniu paznokci rąk i nóg [ ] ;
	5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku [ ] ;
	6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń [ ] ;
	7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów [ ] ;
	8. słaniu łóżka i zmianie pościeli [ ] ;
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych **(w przypadku samodzielnego zamieszkiwania)**:
	1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci [ ] ;
	2. dokonywaniu bieżących zakupów (w 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 [ ] ;
	3. myciu okien [ ] ;
	4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka) [ ] ;
	5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) [ ] ;
	6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go [ ] ;
	7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) [ ] ;
3. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej [ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) [ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym [ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu [ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu [ ] ;
	6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta [ ] ;
4. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. wyjście na spacer [ ] ;
	2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. [ ] ;
	3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) [ ] ;
	4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem
	się [ ] ;
	5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze [ ] ;
	6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer [ ] ;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) [ ] .

 Zapoznałem/am się dnia ………..………………… ……………….…….….…………..…………………………………………

 Podpis osoby niepełnosprawnej / opiekuna prawnego

 Zapoznałem/am się dnia ………..………………… ……………….…….….…………..…………………………………………

 Podpis asystenta