**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