Powiat Makowski/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Makowie Mazowieckim
ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Maz.
tel. (29) 71-72-187, e-mail: sekretariat@pcpr-makowski.pl

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

Indywidualny plan usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

Uwaga: *Indywidualny plan usług asystencji osobistej wypełniany jest przez realizatora Programu. Indywidualny plan usług asystencji osobistej ustalany jest na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością (uczestnika Programu).*

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Nr karty oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością: ……

2. Nazwa realizatora Programu: ……

3. Adres realizatora Programu: ……

4. Imię i nazwisko uczestnika Programu: ……

5. Adres zamieszkania uczestnika Programu: ……

6. Data sporządzenia: ……

II. OKRES OBOWIĄZYWANIA PLANU:

od .....

do .....

III. PRZYZNANY WYMIAR USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ:

Liczba godzin miesięcznie: .....

Liczba godzin rocznie: .....

IV. ZAKRES USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ:

1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
   a) ☐ ubieranie;
   b) ☐ korzystanie z toalety;
   c) ☐ mycie głowy, mycie ciała, kąpiel;
   d) ☐ czesanie;
   e) ☐ golenie;
   f) ☐ wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu;
   g) ☐ obcinanie paznokci rąk i nóg;
   h) ☐ zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku;

i) ☐ zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzeń;

j) ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych;

k) ☐ wsparcie w spożywaniu posiłków i napojów, w tym poprzez PEG lub sondę;

l) ☐ wsparcie w wykonywaniu czynności związanych z troską o własne zdrowie, zgodnie z zaleceniami i wolą osoby z niepełnosprawnością;

m) ☐ inne wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
……
……

Częstotliwość (np. codziennie, 3 razy w tygodniu, raz w miesiącu):……

2. wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie:

a) ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenie śmieci;

b) ☐ dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie w sklepie – np. informowanie osoby 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;

c) ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku;

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);

f) ☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go (czynności wykonywane wyłącznie jako wsparcie osoby z niepełnosprawnością w realizacji funkcji rodzicielskich);

g) ☐ wsparcie w przygotowywaniu i organizowaniu przedmiotów potrzebnych do nauki, pracy, zajęć lub innych codziennych aktywności;

h) ☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (czynności wykonywane wyłącznie w obecności uczestnika Programu, jako wsparcie osoby z niepełnosprawnością w realizacji funkcji rodzicielskich);

i) ☐ wsparcie w przygotowywaniu prostych posiłków i napojów zgodnie z potrzebami osoby z niepełnosprawnością;

j) ☐ korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego podczas wykonywania codziennych czynności, np. czajnika, kuchenki, pralki, zmywarki lub odkurzacza;

k) ☐ słanie łóżka i zmiana pościeli;

l) ☐ wykonywanie czynności związanych z opieką nad zwierzęciem domowym, np. karmienie, podawanie wody lub wyjście ze zwierzęciem;

m) ☐ wykonywanie czynności związanych z pielęgnacją roślin znajdujących się w miejscu zamieszkania;

n) ☐ inne wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie:……
……

Częstotliwość (np. codziennie, 3 razy w tygodniu, raz w miesiącu):…….

3. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) ☐ pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością;

b) ☐ pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi;

c) ☐ pomoc w orientacji przestrzennej;

d) ☐ pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu;

e) ☐ asystowanie podczas przemieszczania się pieszo poza miejscem zamieszkania;

f) ☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami;

g) ☐ transport samochodem będącym własnością asystenta lub udostępnionym przez osobę trzecią;

h) ☐ inne wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
……
……

Częstotliwość (np. codziennie, 3 razy w tygodniu, raz w miesiącu):……

4. wsparcie w komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumieniu i przekazywaniu informacji:

a) ☐ obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji;

b) ☐ wsparcie w korzystaniu z alternatywnych lub wspomagających metod komunikacji (AAC), np. piktogramów, tablic lub książek komunikacyjnych albo aplikacji służących do komunikowania się;

c) ☐ wsparcie w komunikowaniu się podczas kontaktów z innymi osobami, w tym w rozumieniu przekazywanych informacji, wyrażaniu potrzeb oraz przekazywaniu informacji przez osobę z niepełnosprawnością;

d) ☐ wsparcie w korzystaniu z języka pisanego w celu komunikowania się, w tym odczytywaniu lub sporządzaniu wiadomości;

e) ☐ notowanie treści przekazywanych przez osobę z niepełnosprawnością, ręcznie lub przy użyciu urządzeń elektronicznych;

f) ☐ inne wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem:
……
……

Częstotliwość (np. codziennie, 3 razy w tygodniu, raz w miesiącu):……

5. wsparcie związane z uczestnictwem osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)

   a) ☐ wyjście na spacer;

   b) ☐ asystowanie w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;

   c) ☐ asystowanie podczas spotkań i wspólnych aktywności ze znajomymi/rówieśnikami, np. spotkań towarzyskich, uroczystości, wspólnych wyjść lub innych form spędzania czasu wolnego;

   d) ☐ asystowanie podczas załatwiania spraw urzędowych oraz asystowanie podczas załatwiania spraw w innych instytucjach;

   e) ☐ wsparcie związane z poszukiwaniem pracy, w tym podczas wizyt w urzędzie pracy, związane z kontaktami z potencjalnym pracodawcą lub związane z rozmowami kwalifikacyjnymi;

   f) ☐ pomoc w przemieszczaniu się do pracy i powrocie z pracy;

   g) ☐ pomoc w przemieszczaniu się do miejsca nauki oraz powrocie do miejsca zamieszkania;

   h) ☐ notowanie dyktowanych treści ręcznie i na komputerze;

   i) ☐ pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp.;

   j) ☐ wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością;

   k) ☐ wsparcie w procesie podejmowania codziennych decyzji przez osobę z niepełnosprawnością, bez podejmowania decyzji za nią;

   l) ☐ inne wsparcie związane w uczestnictwem osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym:
   ……
   ……

   Częstotliwość (np. codziennie, 3 razy w tygodniu, raz w miesiącu):……

V. USTALENIA SZCZEGÓLNE:

Preferowane dni realizacji usług: .....

Preferowane godziny: .....

Dodatkowe informacje niezbędne do prawidłowej realizacji usług (np. sposób komunikacji, konieczność stosowania sprzętu pomocniczego, szczególne potrzeby zdrowotne, zasady bezpieczeństwa):

……

……

……

……

……

VI. AKCEPTACJA PLANU/ AKCEPTACJA AKTUALIZACJI PLANU)[1]:

☐ uczestnik zapoznał się z zakresem usług

☐ uczestnik akceptuje zakres usług

Miejscowość ……., dnia …….. .

…… ……

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego) (Podpis realizatora Programu)

[1] Niepotrzebne skreślić.