

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) ślanie 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 z 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):

- ☐ uczestnik zapoznał się z zakresem usług
- ☐ uczestnik akceptuje zakres usług

Miejscowość, dnia

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

(Podpis realizatora Programu)