

# KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU

## „Asystencja osobista szansą na niezależne życie osób z niepełnosprawnościami 3.0”

### INFORMACJE PODSTAWOWE

#### I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:

1. Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Adres pełny: \_\_\_\_\_
3. Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
5. PESEL: \_\_\_\_\_
6. Status na rynku pracy:
  - Bezrobotny
  - Poszukujący pracy
  - Zatrudniony
  - Nie dotyczy
7. Zarejestrowany w PUP
  - Tak
  - Nie
8. Wykształcenie
  - Podstawowe
  - Gimnazjalne
  - Zawodowe
  - Średnie
  - Wyższe
9. Grupa/stożień niepełnosprawności oraz symbol: \_\_\_\_\_
  - Orzeczenie o niepełnosprawności
  - Lekki
  - Umiarkowany
  - Znaczny
10. Jaki jest rodzaj Pani/Pana niepełnosprawności?

- Dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina rdzeniowo- oponowa);
- Dysfunkcja narządu wzroku;
- Zaburzenia psychiczne;
- Dysfunkcje o podłożu neurologicznym;
- Dysfunkcja narządu nowy i słuchu;
- Pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne, jakie? \_\_\_\_\_

11. Czy porusza się Pani/Pan:

- W domu:
  - Samodzielne
  - Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. \_\_\_\_\_
  - Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- Poza miejscem zamieszkania:
  - Samodzielne
  - Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. \_\_\_\_\_
  - Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

12. Jeśli do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie, to jakiego typu to wsparcie?

---

---

---

13. Czy jest Pani/Pan osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą?

- Tak
- Nie

## II. ŚRODOWISKO

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pani/Pan wsparcia?

- Czynności samoobsługowe
- Wypełnianie ról społecznych
- W przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- W podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem

Inne

---

---

2. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pani/Pan w miejscu zamieszkania?

---

---

---

## DIAGNOZA POTRZEB

### I. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pani/Pana zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

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

---

---

3. Czy wskazuje Pani/Pan asystenta

- Tak  
 Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego Imię i Nazwisko oraz numer telefonu

---

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

---

---

---

5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani/Panu potrzebne?

---

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

- Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - Ubieraniu;
  - Korzystanie z toalety;



- Myciu głowy, ciała, kąpieli;
- Czesaniu;
- Goleniu;
- Obcinaniu paznokci rąk i nóg;
- Zmianie pozycji np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu na łóżku;
- Zapobieganiu powstawania odleżyn lub odparzeń;
- Przygotowywaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
- Słaniu łóżka i zmianie pościeli;
- We wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego:
  - W przypadku samodzielnego zamieszkiwania<sup>1</sup> - Pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
  - W przypadku samodzielnego zamieszkiwania<sup>1</sup> - Myciu okien (maksymalnie 2 razy w roku);
  - Dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej 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 niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) lub dokonywanie zakupów przez internet;
  - W utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
  - Praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
  - Podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
  - Transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu z przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);

<sup>1</sup> 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



- Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
  - Pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
  - Pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
  - Pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i niedowidzącym;
  - Pomoc we wsiadaniu do i z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
  - Asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami lub innym środkiem transportu;
  - Transport samochodem będącym własnością osoby niepełnosprawnej, członka jej rodziny lub asystenta;
- Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
  - Obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych przedmiotów służących komunikacji;
  - Wyjście na spacer;
  - Asystowanie podczas wizyty w: kinie, teatrze, restauracji, miejscu kultury religijnej, etc.;
  - Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (pomoc w rozmowie z urzędnikiem, wypełnianiu formularzy);
  - Pomoc w dojeździe do pracy i powrocie z pracy;
  - Wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
  - Notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie lub na komputerze;
  - Pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in. wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spacerze;
  - Wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej);
  - Inne: \_\_\_\_\_

7. Czy jest Pani/Pan w stanie/czuje się kompetentna/y, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani/Pana wybranych usług asystencji osobistej?

Tak

Nie

## II. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC

1. Czy do tej pory korzystała Pani/Pan z innych form wsparcia?

Tak

Nie

Jeśli TAK, proszę wpisać z jakich i przez kogo realizowanych (jaka forma wsparcia/jaki projekt):

Jaka instytucja np. MOPS, OPS, prywatnie opłacana osoba, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Fundacje czy Stowarzyszenia itp.

---

---

---

Jeśli TAK – proszę podać:

Limit przyznanych godzin w projekcie: \_\_\_\_\_

Ilość wykorzystanych godzin (w bieżącym roku): \_\_\_\_\_

## III. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane zawarte w Karcie zgłoszenia do projektu są zgodne z prawdą.
2. Z własnej inicjatywy i dobrowolnie biorę udział w projekcie.
3. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Asystencja osobista szansą na niezależne życie osób z niepełnosprawnościami 3.0” – jest finansowany ze środków pochodzących z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Asystencja osobista szansą na niezależne życie osób z niepełnosprawnościami 3.0”.
5. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług.
6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku rekrutacji i realizacji Projektu.

7. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214)<sup>2</sup> inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.<sup>3</sup>

Miejscowość \_\_\_\_\_ , data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**\*Do Karty zgłoszenia** do projektu „Asystencja osobista szansą na niezależne życie osób z niepełnosprawnościami 3.0” należy dołączyć **kserokopię** aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami pkt 7 i 8: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Decyzja zespołu kwalifikującego do projektu:

Zakwalifikowana/y

Nie zakwalifikowana/y, powód \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

<sup>3</sup> Takie samo wsparcie udzielane w innej instytucji.