

WZÓR

**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. PRYZNANY 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)¹:

☐ uczestnik zapoznał się z zakresem usług

☐ uczestnik akceptuje zakres usług

Miejscowość, dnia

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

.....
(Podpis realizatora Programu)

¹ Niepotrzebne skreślić.