

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

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.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- ☐ obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji,
- ☐ wyjście na spacer
- ☐ asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
- ☐ załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej,
- ☐ pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy,
- ☐ wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się,
- ☐ notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze,
- ☐ pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.,
- ☐ wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
- ☐ w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

2. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- ☐ pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością,
- ☐ pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym,
- ☐ pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym,
- ☐ pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu,

- ☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami,
- ☐ transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.

3. Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- ☐ sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **(tylko 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),**
- ☐ dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością 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 z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie),*
- ☐ mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **(tylko 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),**
- ☐ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie *(np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.),*
- ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawaniu i odbiorze z pralni *(w obecności osoby z niepełnosprawnością),*
- ☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go,
- ☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły *(wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością).*

4. Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- ☐ ubieranie,
- ☐ korzystanie z toalety,
- ☐ mycie głowy, mycie ciała, kąpiel,
- ☐ czesanie,
- ☐ golenie,

- ☐ wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu,
- ☐ obcinanie paznokci rąk i nóg,
- ☐ zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku,
- ☐ zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń,
- ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,
- ☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę),
- ☐ ślanie łóżka i zmiana pościel.
- ☐ inne:.....
.....
.....
.....

Dębowa Łąka, dnia

.....

.....

Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Podpis realizatora Programu (OPS)