**Załącznik 5a do Regulaminu**

**ZAKRES PRZEDMIOTOWY WSPARCIA**dot. osoby **do 13 r.ż**., która będzie korzystać z asystencji osobistej

*Formularz jest uzupełniany na podstawie informacji przedstawionych przez rodzica/opiekuna prawnego uwzględniających potrzeby dziecka. Zależy nam na tym, aby wsparcie było jak najbardziej dostosowane do jego potrzeb i pozwalało dziecku być aktywnym, sprawczym oraz stopniowo przygotowywać się do niezależnego życia. Zakres służy do ustalenia głównych czynności asystenckich, a także dopasowania adekwatnego asystenta do potrzeb osoby z niepełnosprawnością. W toku realizacji usług asystenckich po porozumieniu z dyspozytorem AOON oraz asystentami będzie możliwe również wsparcie w obszarach nie wskazanych poniżej, zgodnie z aktualnymi potrzebami danej osoby z niepełnosprawnością.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko osoby mającej korzystać z usług asystenckich*  |  |
| *PESEL* |  |

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej angażujące dziecko do współpracy i wyrażania własnej woli:
2. korzystanie z toalety
3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
4. czesanie
5. obcinanie paznokci
6. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, siadanie na wózku, przesiadanie się z wózka
7. zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzeń
8. zmiana pampersów, pieluchomajtek i wkładów higienicznych
9. karmienie oraz przygotowanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
10. słanie łóżka i zmiana pościeli
11. ubieranie i rozbieranie
12. inne czynności (jakie)

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

1. Wsparcie w wykonaniu czynności zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie wybranych czynności medycznopielęgnacyjnych:
	1. podawanie leków
	2. toaleta przeciwodleżynowa, odśluzowywanie dróg oddechowych,
	3. stosowanie okładów i kompresów
	4. nacieranie, oklepywanie
	5. zmiana opatrunku
	6. mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru (glukometrem) itp.
	7. inne czynności (jakie)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wsparcie dziecka w codziennym funkcjonowaniu i wypełnianiu ról w rodzinie motywujące do aktywności własnej, rozwijania sprawczości, komunikacji w pełni respektujące wybory dziecka oraz tempo jego działań:
	1. asystowanie dziecku w zabawach i aktywnościach własnych w domu
	2. asystowanie dziecku w zabawach i kontaktach z członkami rodziny w domu
	3. asystowanie dziecku w zabawach i kontaktach z osobami spoza jego rodziny
	4. asystowanie dziecku w obowiązkach, które wypełnia w domu (sprzątanie, wyrzucanie śmieci, przygotowywanie posiłków dla siebie i członków rodziny, itp.)
	5. inne czynności (jakie)
	……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania:
3. pchanie wózka
4. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych
5. pomoc w orientacji przestrzennej
6. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami
7. transport samochodem, który jest własnością lub w dyspozycji członka rodziny dziecka z niepełnosprawnością lub asystenta
8. inne czynności (jakie)
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. Wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem:
10. asystowanie dziecku podczas komunikowania się z rówieśnikami,
11. asystowanie dziecku podczas komunikowania się z osobami dorosłymi spoza rodziny,
12. asystowanie podczas obsługi komputera, tabletu, telefonu komórkowego lub innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji społecznej, z których dziecko korzysta za zgodą rodziców, ale nie jest w stanie obsłużyć ich bez wsparcia asystenta osobistego
13. inne czynności (jakie)
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
14. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i wspierające aktywność własną i sprawczość oraz w pełni respektujące wybory dziecka i tempo jego działań:
15. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności towarzyszących edukacji i niemożliwych do realizacji bez wsparcia asystenta (imprezy, wycieczki, korzystanie z biblioteki, świetlicy)
16. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności rekreacyjnej (zabawy na placu zabaw, treningi sportowe, koncerty, spektakle, kino)
17. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności społecznej (zabawy z rówieśnikami, przyjęcia urodzinowe, imprezy lokalne)
18. asystowanie dziecku podczas praktyk religijnych, obrzędów, w których chce brać udział i odbywa się to za zgodą rodziców, a w których uczestnictwo wymaga wsparcia asystenta
19. asystowanie w działaniach kształtujących niezbędne kompetencje społeczne, samodzielność, sprawczość, współdziałanie
20. inne czynności (jakie) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
21. Inne czynności nie wymienione wcześniej i niemieszczące się we wcześniejszych kategoriach, w których dziecko może potrzebować wsparcia asystenckiego:

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………..…………………………………………………………………………………………………………