**Załącznik 5b do Regulaminu**

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

*Formularz jest uzupełniany na podstawie informacji udzielonych przez osobę z niepełnosprawnością i uwzględnia jej potrzeby, przy ewentualnym udziale/wsparciu opiekuna prawnego/faktycznego. Zakres służy do ustalenia głównych czynności asystenckich, a także dopasowania adekwatnego asystenta do potrzeb osoby z niepełnosprawnością. W toku realizacji usług asystenckich po uzgodnieniu z koordynatorem 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* |  |

Planowany zakres wsparcia w postaci usług asystenckich – należy zaznaczyć w jakich czynnościach/obszarach osoba z niepełnosprawnościami będzie potrzebowała wsparcia:

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej:
2. toaleta poranna i wieczorna,
3. nieskomplikowane elementy makijażu,
4. korzystanie z toalety, w tym zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,
5. zmiana pozycji ciała, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku,
6. pomoc w ubieraniu się i przebieraniu,
7. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów,
8. słanie łóżka i zmiana pościeli,
9. inne czynności (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. Wsparcie w wykonaniu czynności zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie wybranych czynności medycznopielęgnacyjnych:
11. podawanie leków
12. toaleta przeciwodleżynowa, odśluzowywanie dróg oddechowych,
13. stosowanie okładów i kompresów,
14. nacieranie, oklepywanie,\
15. zmiana opatrunku,
16. mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru (glukometrem) itp.,
17. iniekcja insuliny (tzw. penami insulinowymi),
18. realizacja recept lekarskich,
19. realizacja innych zaleceń lekarskich według wskazań korzystającego z asystencji użytkownika
20. inne czynności (jakie?)
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
21. Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w

rodzinie:

* 1. sprzątanie mieszkania, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i sanitarnych (np. wanna, umywalka i toaleta) oraz wynoszenie śmieci,
	2. dokonywanie bieżących zakupów wraz z osobą korzystającą z asystencji osobistej
	3. dokonywanie bieżących zakupów według listy sporządzonej przez osobę z niepełnosprawnością,
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, itd.),
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni w obecności osoby korzystającej z asystencji osobistej
	6. wsparcie w opiece nad osobą pozostającą pod stałą opieką osoby korzystającej z asystencji osobistej, np. nad dzieckiem, małżonkiem lub partnerem, rodzicem,
	7. inne czynności (jakie)
	…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
1. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
	1. pomoc w orientacji przestrzennej,
	2. asystowanie w trakcie korzystania ze środków transportu,
	3. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki,
	4. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta,
	5. inne czynności (jakie)

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

1. Wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem
	1. wsparcie w przekazaniu oświadczenia woli,
	2. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji,
	3. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w przypadku trudności z komunikowaniem się
	4. inne czynności (jakie)

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

1. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej
	1. spędzanie czasu wolnego, w tym np. wyjście na spacer, do instytucji kultury i sportu, kawiarni, na wydarzenia plenerowe itd.,
	2. asystowanie podczas praktyk religijnych,
	3. załatwianie spraw urzędowych,
	4. zadania związane z aktywnością zawodową lub poszukiwaniem pracy,
	5. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
	6. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji, poza decyzjami objętymi asystą prawną,
	7. w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną lub takich, które nie mają doświadczenia w niezależnym decydowaniu o własnej aktywności życiowej, proponowanie różnych aktywności, działań kształtujących niezbędne kompetencje społeczne, samodzielność, sprawczość, współdziałanie,
	8. inne czynności (jakie)

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

1. Inne czynności nie wymienione wcześniej i niemieszczące się we wcześniejszych kategoriach, w których może być potrzebne wsparcie asystenckie:

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