Załącznik do Zarządzenia Nr 19/2023
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim
z dnia 20.02.2023 r.
w sprawie wprowadzenia Regulaminu
rekrutacji i udziału w Programie
,,Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej '' edycja 2023

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

§1.

Postanowienia ogólne

1. Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ,,Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej'' – edycja 2023, zwany dalej Programem, ma na celu zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowania w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
2. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:
   1) poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia,
   2) wsparcia osób niepełnosprawnych oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb,
   3) uczestnictwa osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych itp.
3. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r., o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 z późn. zm.).
4. Program jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego oraz ze środków z budżetu Gminy.
5. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Ostrowiec Świętokrzyski posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
6. Jednostką realizującą Program jest Gmina Ostrowiec Świętokrzyski - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, z siedzibą w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22.
7. Program realizowany będzie do dnia 31.12.2023 r.
8. Nabór wniosków będzie odbywał się w dniach: od dnia 20.02.2023 roku do dnia 03.03. 2023 roku

§2.

Cel i zakres realizacji Programu

1. Głównym celem Programu, jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie art. 5 i art. 62

ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm).

2. Program zapewnia usługi asystencji osobistej świadczone Uczestnikom przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej asystentem, mające na celu pomoc Uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, która będzie dostosowana do potrzeb Uczestnika Programu. W szczególności usługi asystencji mogą polegać na pomocy w:
   1) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe, itp.),
   2) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału Uczestnika Programu przy ich realizacji,
   3) załatwianiu spraw urzędowych,
   4) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami,
   5) korzystaniu z dóbr kultury (np. kino, galerie sztuki, wystawy),
   6) wykonywaniu czynności dnia codziennego.
3. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby niepełnosprawnej.
4. Zakres czynności w ramach usług asystenta zawiera załącznik nr 1 do Regulaminu.

§3.

Zasady rekrutacji i kwalifikacji uczestników Programu

1. Nabór Uczestników do Programu prowadzony jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.
2. Uczestnikiem Programu może być osoba, która spełnia jednocześnie następujące kryteria formalne:
   1) zamieszkiwanie na terenie miasta Ostrowiec Świętokrzyski,
   2) posiadanie orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowanego na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
3. Osoba zainteresowana udziałem w Programie składa komplet dokumentów rekrutacyjnych, zgodnie z załączonymi wzorami, tj.:
   1) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 – załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
   2) kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Karta zgłoszenia do Programu jest dostępna w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, pokój 2.18 w godzinach urzędowania, tj. od poniedziałku do

piątku od 7.00 do 15.00 oraz na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim www.mopsostrowiec.pl.

5. Dokumenty o których mowa w § 3 ust 3 należy złożyć w formie papierowej w Kancelarii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, pokój 3.13 od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00, drogą elektroniczną – poprzez ePUAP lub pocztą od dnia 20.02.2023 r. do dnia 03.03.2023 r. Dokumenty rekrutacyjne powinny zostać podpisane przez osobę zainteresowaną lub opiekuna prawnego.
6. Złożenie przez Beneficjenta karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi wymaganymi dokumentami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
7. Kandydat niespełniający kryteriów formalnych nie zostanie zakwalifikowany do udziału w Programie.
8. O zakwalifikowaniu do Programu i liczbie przyznanych godzin decydować będzie indywidualna ocena sytuacji osobistej i potrzeb osób ubiegających się o usługi asystencji, przeprowadzona przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
9. Proces rekrutacji zakończy się wydaniem decyzji administracyjnej przyznającej usługi asystencji lub decyzji odmownej.
10. Zostanie sporządzona lista osób zakwalifikowanych do Programu, lista osób niezakwalifikowanych do Programu oraz lista rezerwowa, na którą trafią kandydaci spełniający kryteria, nie zakwalifikowani do Programu z powodu braku miejsc.
11. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie, pomocą asystenta zostanie objęta kolejna osoba z listy rezerwowej.
12. Dopuszcza się możliwość prowadzenia rekrutacji uzupełniającej w przypadku braku chętnych osób do udziału w Programie i braku listy rezerwowej.

§4.

Zasady uczestnictwa

1. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Zgodnie z zapisami programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn ,,Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023: Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:
   1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
   2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
   3) 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Jednakże o ilości przyznanych godzin decydować będzie indywidualna ocena sytuacji i potrzeb osób ubiegających się o usługi asystencji, przeprowadzona przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

3. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej.
4. Usługa asystencji osobistej będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym, planowanym harmonogramem świadczonych usług przez asystenta ustalonym z Wykonawcą, któremu zlecono wykonanie usługi. W trakcie trwania miesiąca realizacji usługi są możliwe zmiany terminów i wymiaru realizacji usługi, po uprzednim ustaleniu zmian z Wykonawcą.

§5.
Postanowienia końcowe

1. W trakcie realizacji usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji osobistej, finansowane ze środków publicznych.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystencji osobistej wskazuje nowy adres, a jeżeli zmiana wykracza poza obszar miasta Ostrowca Świętokrzyskiego składa oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
3. Usługa asystencji osobistej nie może być świadczona przez członków rodziny (wstępnych, zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma), oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:……
2. Adres: ……...
3. Telefon kontaktowy: ……..
4. Data urodzenia: ……
5. Wykształcenie: ……..
6. Zawód wyuczony: ……..
7. Status na rynku pracy: ……..
8. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……..
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
   1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)☐,
   2) dysfunkcja narządu wzroku☐,
   3) zaburzenia psychiczne☐,
   4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym☐,
   5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu☐,
   6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne☐,
10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

    ……
11. Czy porusza się Pan(i):

W domu☐	1) samodzielnie☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐
Poza miejscem zamieszkania☐	1) samodzielnie☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie –

    Tak☐/Nie☐

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

……

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak☐/Nie☐**

II. Środowisko:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
   1) czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
   2) wypełnianie ról społecznych **Tak☐/Nie☐**
   3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**
   4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**

   ……

   ……

   ……
2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

   ……

   ……

III. Oczekiwania wobec Asystenta:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: …….
2. Wiek: ……
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

   ……

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

   ……

   ……

   ……
5. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

   ……

   ……

   ……

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:
   1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
      a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
      b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
      c) myciu okien☐;
      d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
      e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;
      f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ☐;
      g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
   2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
      a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
      b) czesaniu ☐;
      c) goleniu☐;
      d) obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
      e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
      f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
      g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
      h) słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
   3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
a) wyjście na spacer☐;
b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się☐;
e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru☐;
g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak☐/Nie☐**

IV. Dotychczas otrzymywana pomoc:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak☐/Nie☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

……

……

V. Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023.
4. 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 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

VI. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119, str. 1 oraz Dz. Urz. UE.L Nr 17 z 23.05.2018 str. 2), zwanego dalej „RODO", informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 276 76 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych

osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO 41 276 76 35, adres e-mail: biuro@mopsostrowiec.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO wyłącznie w celu realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Dane osobowe mogą być udostępniane również pomiotom zewnętrznym uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie pisemnej umowy powierzenia danych osobowych zawartej przez Administratora w celu realizacji Programu.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres nie dłuższy niż do zrealizowania Pani/a obowiązku wynikającego z realizacji celu ich zbierania i zostaną trwale usunięte po osiągnięciu celu.
7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Miejscowość ……., data ……. .……
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

…….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*** Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami:**

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.

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023

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) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
   a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
   b) czesaniu ☐;
   c) goleniu☐;
   d) obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
   e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
   f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
   g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
   h) słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
   b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
   c) myciu okien☐;
   d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;

e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;

3) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta☐;

4) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
a) wyjście na spacer☐;
b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się☐;
e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ☐;
g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

Miejscowość, dnia ……