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

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 czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania 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 powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
    j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;
    k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐;
    l) słanie łóżka i zmiana pościeli ☐;
2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w 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 wynoszeniu śmieci ☐;

b) 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) ☐;

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 ☐;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐;

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;
   b) wyjście na spacer ☐;
   c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
   d) 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 ☐;
   e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
   f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
   g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;
   h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. ☐;
   i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;
   j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐;
   k) inne: …….

Miejscowość ……., dnia …… .

…… ……

(Podpis Uczestnika Programu/Opiekuna prawnego) (Podpis realizatora Programu)