

Załącznik nr 2 do Standardu usług asystencja osobista osoby z niepełnosprawnością

Formularz autodiagnozy potrzeb osoby ubiegającej się o asystencję osobistą powyżej 13 r.ż.

Informacje, jakie tutaj zamieścisz pozwolą zrozumieć Twoje potrzeby. Na tej podstawie Zespół ds. Indywidualnego Planu Wsparcia określi zakres czynności i liczbę godzin asystencji osobistej.

1. Informacje wstępne

Zaznacz właściwą odpowiedź:

- ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnością. Wypełniam formularz we własnym imieniu.
- ☐ Wypełniam formularz w imieniu osoby ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną lub w spektrum autyzmu. Formularz ten jest moją diagnozą dla osoby, która będzie korzystać z AOON i w dalszej części odnoszę się do jej sytuacji, potrzeb i możliwości.

2. Dane osoby wypełniającej formularz

Uzupełnij, jeśli wypełniasz formularz w imieniu osoby z niepełnosprawnością

imię
nazwisko
województwo

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

miejscowość	
kod pocztowy	
ulica i numer domu/mieszkania	
dane kontaktowe	
telefon	e-mail
Jaka jest Twoja relacja z osobą, która będzie korzystać z asystencji osobistej? ☐ Jestem rodzicem/opiekunem prawnym. ☐ Jestem opiekunem faktycznym. ☐ Inna sytuacja (jaka?) 	

3. Dane podstawowe osoby z niepełnosprawnością, która będzie korzystała ze wsparcia asystenta osobistego

imię

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

nazwisko	
województwo	
miejscowość	
kod pocztowy	
ulica i numer domu/mieszkania	
dane kontaktowe	
telefon	e-mail
Rodzaj posiadanego aktualnie orzeczenia: ☐ powiatowy lub wojewódzki zespół ds. orzekania o niepełnosprawności ☐ orzeczenie o niepełnosprawności Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Symbol(e) niepełnosprawności:

- ☐ 01-U
- ☐ 02-P
- ☐ 03-L
- ☐ 04-O
- ☐ 05 -R
- ☐ 06-E
- ☐ 07-S
- ☐ 08-T
- ☐ 09-M
- ☐ 10-N
- ☐ 11-I
- ☐ 12-C

Orzeczenie ważne do (wpisz datę):

- ☐ **ZUS**
- ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
- ☐ niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ całkowita niezdolność do pracy
- ☐ częściowa niezdolność do pracy

Orzeczenie ważne do (wpisz datę):

- ☐ **inne** (jakie? jakie zapisy znajdują się na orzeczeniu?)

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

..... Orzeczenie ważne do (wpisz datę):
Niepełnosprawność sprzężona (faktyczna) ☐ tak ☐ nie
Jeśli chcesz, wpisz w tym miejscu dodatkowe informacje o swojej niepełnosprawności. Informacje te ułatwią pracę zespołu ds. Indywidualnego Planu Wsparcia.

4. Zakres wsparcia

W polach poniżej zaznacz czynności, w których wykonywaniu potrzebujesz wsparcia. Możesz wybrać dowolną liczbę czynności.

Jeśli potrzebujesz wsparcia, którego nie ma na liście możesz dopisać je w miejscu „inne czynności (podaj jakie)”

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej:

- a) toaleta poranna i wieczorna,
- b) nieskomplikowane elementy makijażu i golenie,
- c) korzystanie z toalety, w tym zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,
- d) zmiana pozycji ciała, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku,
- e) pomoc w ubieraniu się i przebieraniu,
- f) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów,
- g) ślanie łóżka i zmiana pościeli,
- h) inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

2. Wsparcie w wykonaniu czynności zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie wybranych czynności medyczno-pielęgniacyjnych:

- a) podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą lub przez skórę (wcieranie),
- b) podawanie leków drogą wziewną (nebulizatory, inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem pojedynczych dawek, z dozownikiem uruchamiającym wdech, inhalatory proszkowe),
- c) toaleta przeciwoleżynowa, odśluzowywanie dróg oddechowych, w tym czyszczenie rurki tracheotomijnej,
- d) żywienie dojelitowe i dożołądkowe, przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (metodą porcji),
- e) stosowanie okładów i kompresów,

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- f) nacieranie, oklepywanie,
- g) zmiana opatrunku,
- h) mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru (glukometrem) itp.,
- i) iniekcja insuliny (tzw. penami insulinowymi),
- j) cewnikowanie cewnikami zewnętrznymi oraz wewnętrznymi jednorazowymi,
- k) wymiana worka stomijnego i worka na mocz,
- l) realizacja recept lekarskich,
- m) realizacja innych zaleceń lekarskich według wskazań korzystającego z asystencji użytkownika
- n) inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

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

- a) sprzątanie mieszkania, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i sanitarnych (np. wanna, umywalka i toaleta) oraz wynoszenie śmieci,
- b) dokonywanie bieżących zakupów wraz z osobą korzystającą z asystencji osobistej (np. informowanie go o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby korzystającej z asystencji osobistej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie),
- c) dokonywanie bieżących zakupów według listy sporządzonej przez osobę z niepełnosprawnością,
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, itd.),

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni w obecności osoby korzystającej z asystencji osobistej
- f) wsparcie w opiece nad osobą pozostającą pod stałą opieką osoby korzystającej z asystencji osobistej, np. nad dzieckiem, małżonkiem lub partnerem, rodzicem,
- g) zabawa kierowana przez rodzica lub dziecko,
- h) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły wyłącznie w obecności osoby korzystającej z asystencji osobistej,
- i) transport zwierząt domowych, np. do weterynarza,
- j) inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

4. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania

- a) pomoc w orientacji przestrzennej, np. osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniewidomym,
- b) asystowanie w trakcie korzystania ze środków transportu,
- c) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym,
- d) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta,
- e) inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

5. Wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem

- a) wsparcie w przekazaniu oświadczenia woli,
- b) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji,
- c) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w przypadku trudności z komunikowaniem się.

6. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej

- a) spędzanie czasu wolnego, w tym np. wyjście na spacer, do instytucji kultury i sportu, kawiarni, na wydarzenia plenerowe itd.,
- b) asystowanie podczas praktyk religijnych, w tym w miejscach kultu religijnego,
- c) załatwianie spraw urzędowych,
- d) zadania związane z aktywnością zawodową, np. poszukiwanie pracy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej,
- e) wsparcie w realizacji obowiązków zawodowych,
- f) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
- g) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji, poza decyzjami objętymi asystą prawną,
- h) w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną lub takich, które nie mają doświadczenia w niezależnym decydowaniu o własnej aktywności życiowej, proponowanie różnych aktywności, działań kształtujących

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

niezbędne kompetencje społeczne, samodzielność, sprawczość, współdziałanie, i) inne czynności (podaj jakie)
7. Informacje dodatkowe Jeśli są inne czynności, w których potrzebujesz wsparcia, a wcześniej o nich nie napisałeś, napisz o nich tutaj:

5. Opis typowych sytuacji związanych z potrzebą wsparcia

W tabeli poniżej zapisz wszystkie czynności, jakie wykonujesz w ciągu tygodnia, w których jest Ci potrzebne wsparcie drugiej osoby. Czynności w kolejnych dniach mogą się powtarzać.

Zapisz:

- jakiego rodzaju pomocy potrzebowałeś/aś i gdzie (np. dom, szkoła, sklep, bankomat, kino),
- ile czasu wykonywałeś/łaś tę czynność ze wsparciem drugiej osoby.

Podane godziny nie muszą być dokładne. Będą pomocne przy określeniu właściwej części dnia i orientacyjnego czasu potrzebnego na wykonanie danej czynności. Nie

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

musisz opisywać tego czasu dokładnie w tabeli opisu tygodnia, ale jeśli chcesz możesz to zrobić. Opisz tylko te momenty dnia, w których potrzebujesz czyjegoś wsparcia.

Poniżej są przykłady, jak możesz opisać każdy swój dzień w tabeli.

- O 06:00 potrzebowałem wsparcia przy wstaniu z łóżka, przejściu na wózek i porannej toalecie. Potrzebna była na to godzina.
- O 07:00 potrzebowałem wsparcia w dotarciu do pracy – sprowadzenie wózka po trzech schodkach, pomoc w dojeździe na przystanek po dziurawym chodniku i wejściu do autobusu. Zajmuje to 20 minut. Z autobusu wysiadam sam, bo dalej już chodniki są przystosowane.
- Około godziny 10:00 potrzebowałem pomocy w skorzystaniu z toalety. Zajęło to 10-20 minut.
- O 14:30 potrzebowałem 10 minut pomocy przy bankomacie. Nie dostałem żadnych pieniędzy, ponieważ nie miał mi kto pomóc.
- O 20:00 potrzebowałem pomocy pod prysznicem, pomocy w rozebraniu się i ubraniu. Mycie, suszenie i ubieranie trwało 30 minut.

Jeśli wypełniasz formularz w imieniu osoby, która będzie korzystała z asystencji osobistej, opis każdego jej dnia możesz zrobić w oparciu o poniższe przykłady:

- O 06:00 syn potrzebował wsparcia przy wstaniu z łóżka, przejściu na wózek i porannej toalecie. Potrzebna była na to godzina.
- O 07:00 syn potrzebował wsparcia w dotarciu do szkoły – sprowadzenie wózka po trzech schodkach, pomoc w dojeździe na przystanek po dziurawym chodniku i wejściu do autobusu. Zajmuje to 20 minut. Z autobusu wysiadamy sami, bo dalej już chodniki są przystosowane.

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- Około godziny 10:00 córka potrzebuje w szkole pomocy w skorzystaniu z toalety. Zajmuje to 10-20 minut.
- O 14:30 syn potrzebował 10 minut pomocy przy bankomacie. Nie udało mu się wypłacić pieniędzy.
- O 20:00 syn potrzebował pomocy pod prysznicem. Mycie, suszenie i ubieranie trwało 30 minut.

dzień tygodnia	godziny od-do, poszczególne czynności
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

6. Informacje dodatkowe

W tym miejscu możesz przekazać inne ważne informacje, o których nie napisałeś/łaś w tabeli powyżej. Może to być informacja o tym, że studiujesz, uczysz się lub pracujesz. Możesz również podać informację o regularnym uczęszczaniu do różnych placówek, chodzeniu na treningi czy o innych działaniach, które są dla Ciebie ważne.

W tym miejscu możesz podać informację o barierach, z jakimi borykasz się w codziennym życiu. Może to być np. brak windy w Twoim domu, niedostosowana łazienka, niedostępne autobusy czy nierówne chodniki. Możesz również napisać o swoich trudnościach w komunikowaniu się z innymi osobami, trudnościach w używaniu komputera i innych trudnych dla Ciebie sytuacjach.

Jeśli masz plany, w których realizacji mogłaby pomóc asystencja osobista, opisz je (np. rozpoczęcie edukacji, znalezienie pracy, zintensyfikowanie kontaktów z rodziną i znajomymi, realizacja zainteresowań).