



Harmonogram pracy asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w roku 2024.

Uwaga: Plan pracy powinien być zgodny z zakresem czynności wyszczególnionym w Karcie zgłoszeniowej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Usługa (proszę zaznaczyć właściwe)	Informacja o sposobie i czasie realizacji usługi (proszę zaznaczyć właściwe)
<input type="checkbox"/> Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej (m.in. korzystanie z toalety, kąpiel, czesanie, golenie, wykonywanie makijażu, obcinanie paznokci, zmiana pozycji, zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń, zmiana środków higienicznych, przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę), śnianie łóżka i zmiana pościeli).	<input type="checkbox"/> jednorazowo <input type="checkbox"/> sporadycznie <input type="checkbox"/> systematycznie, w określonych dniach i godzinach* <input type="checkbox"/> zgodnie z potrzebami Uczestnika <input type="checkbox"/> sytuacje szczególne** Miejsce realizacji usług:
<input type="checkbox"/> Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie (m.in. dokonywanie bieżących zakupów, utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, pranie i prasowanie, podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go, transport dziecka osoby z niepełnosprawnością, w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątnięcie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenie śmieci, mycie okien maksymalnie 2 razy w roku).	<input type="checkbox"/> jednorazowo <input type="checkbox"/> sporadycznie <input type="checkbox"/> systematycznie, w określonych dniach i godzinach* <input type="checkbox"/> zgodnie z potrzebami Uczestnika <input type="checkbox"/> sytuacje szczególne** Miejsce realizacji usług:
<input type="checkbox"/> Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (m.in. prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością, pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych, pomoc w orientacji przestrzennej, pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu ze środków transportu, asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami, transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta).	<input type="checkbox"/> jednorazowo <input type="checkbox"/> sporadycznie <input type="checkbox"/> systematycznie, w określonych dniach i godzinach* <input type="checkbox"/> zgodnie z potrzebami Uczestnika <input type="checkbox"/> sytuacje szczególne** Miejsce realizacji usług:

Usługa (proszę zaznaczyć właściwe)	Informacja o sposobie i czasie realizacji usługi (proszę zaznaczyć właściwe)
<input type="checkbox"/> Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (m.in. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji, wyjście na spacer, asystowanie podczas obecności w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, 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, wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze, pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością, w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji).	<input type="checkbox"/> jednorazowo <input type="checkbox"/> sporadycznie <input type="checkbox"/> systematycznie, w określonych dniach i godzinach* <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> zgodnie z potrzebami Uczestnika <input type="checkbox"/> sytuacje szczególne** <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Miejsce realizacji usług:</p>
Inne usługi asystenckie:	<input type="checkbox"/> jednorazowo <input type="checkbox"/> sporadycznie <input type="checkbox"/> systematycznie, w określonych dniach i godzinach* <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> zgodnie z potrzebami Uczestnika <input type="checkbox"/> sytuacje szczególne** <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Miejsce realizacji usług:</p>

*Proszę określić planowane dni i godziny realizacji usług.

** Proszę opisać, w jakich sytuacjach szczególnych realizowane będą usługi.

Podpis uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika

Podpis asystenta

Więcej informacji: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Piasecznie 22 756 62 54 wew. 124 lub 249, e-mail: wzs@piaseczno.pl.