

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

*w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027*

**projekt pn.: „Stowarzyszenie otwarte na potrzeby osób z niepełnosprawnościami”**

załącznik nr 2 do regulaminu

**Formularz zgłaszania potrzeb osoby z niepełnosprawnością**

**Dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie:**

Imię i nazwisko:……………………...................................................………….......………………………………………

Adres: ………………….…...................…….................………...............................................…………..…………………

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

1. Płeć: ………………………………….

2. Wiek:………………………………..

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

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

4. Stopień niepełnosprawności:

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

Symbol niepełnosprawności:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
	1. korzystanie z toalety **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. czesanie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. golenie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	8. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	9. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	10. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	11. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
	12. wsparcie emocjonalne **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
	1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. dokonywanie bieżących zakupów (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) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
	8. czytanie i pisanie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta  **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. wyjście na spacer **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. 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 **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	8. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	9. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .

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

Data i podpis kandydata/kandydatki do udziału w projekcie /opiekuna prawnego)