

A N K I E T A
POTRZEB OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Dane osoby niepełnosprawnej:

IMIĘ I NAZWISKO

1. Rodzaj posiadanej dysfunkcji:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu
- 3) dysfunkcja mowy
- 4) dysfunkcja wzroku całkowita (osoba niewidoma)
- 5) dysfunkcja wzroku częściowa (osoba słabowidząca)
- 6) dysfunkcja słuchu całkowita (osoba niesłysząca)
- 7) dysfunkcja słuchu częściowa (osoba niedosłysząca)
- 8) inne schorzenia - proszę podać jakie

.....
.....

2. Czy porusza się Pani/Pan z pomocą sprzętów ortopedycznych?

- nie
- tak, korzystając z pomocy laski inwalidzkiej, kul, balkonika
- tak, poruszam się na wózku inwalidzkim

3. Ilość osób wspólnie z Panią/Panem zamieszkujących

4. W jakich czynnościach asystent mógłby Pani/Panu? Jakie wsparcie byłoby najbardziej potrzebne, najbardziej oczekiwane?

1) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

- myciu głowy, myciu ciała, kąpieli;
- czesaniu
- goleniu
- obcinaniu paznokci rąk i nóg
- zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku

- zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń
- przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
- sianiu łóżka i zmianie pościeli

2) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
- pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
- asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami
- transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta

3) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- wyjście na spacer
- asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- notowanie dyktowanych przez klienta 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 niepełnosprawnej)

4) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (dotyczy wyłącznie osób zamieszkujących samodzielnie):

- sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
- dokonywaniu bieżących zakupów (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)
- myciu okien
- utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
- transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że podane przez mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika programu/opiekuna prawnego