

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023*

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ;

2) dysfunkcja narządu wzroku ;

3) zaburzenia psychiczne ;

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ;

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ;

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne .

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – Tak /Nie

1



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI – EDYCJA 2023

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – Tak /Nie

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe Tak /Nie

2) wypełnianie ról społecznych Tak /Nie

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak /Nie

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem Tak /Nie

.....

.....

.....

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

2



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI - EDYCJA 2023

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie 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 ,
 - c) myciu okien ,
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ,
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ,
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ,
 - b) czesaniu ,
 - c) goleniu ,
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ,
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ,
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ,
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ,
 - h) sianiu łóżka i zmianie pościeli

- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ,
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI – EDYCJA 2023

- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ,
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ,
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) wyjście na spacer ,
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ,
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ,
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ,
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ,
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** /**Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** /**Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....



V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 8 Programu, finansowane z innych źródeł.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest COLOR Spółdzielnia Socjalna reprezentowana przez Prezesa Tomasza Nowackiego i Wiceprezesa Marcina Groszewskiego oraz mająca siedzibę w Gąbinie, ul Kościuszki 1, 09-530 Gąbin; e-mail: colorsc@interia.pl.
2. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych e-mail: colorsc@interia.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - a) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. e RODO;
 - b) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. c RODO;
 - c) realizacji zawartych umów - zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. b RODO;
 - d) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane mogą być przetwarzane na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt. 3 – odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w celu realizacji zadania, do którego zostały zebrane, przez okres wynikający z przepisów wykonawczych do ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 roku, poz. 164) a także przy uwzględnieniu przepisów sektorowych.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych na podstawie RODO przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści swoich danych, do sprostowania danych, do usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Prawa te przysługują wówczas, jeżeli nie naruszają innych, obowiązujących aktów prawnych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy, przy czym podanie danych jest:
 - obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa;
 - dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub brak możliwości zawarcia i realizacji umowy.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI – EDYCJA 2023

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej zwany dalej „Ministrem” mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 oraz osoby obsługującej Program ze strony realizatora Programu: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, z późn. zm.).

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), wynikających z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów i ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI – EDYCJA 2023

pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane Ministrowi jako odrębnemu administratorowi przez realizatora programu, który przekazał nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, świadczeniem usług asystencji osobistej lub obsługą tego programu ze strony realizatora.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.

.....
data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI - EDYCJA 2023

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnościami oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnościami pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpeli ,
 - b) czesaniu ,
 - c) goleniu ,
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ,
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ,
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ,
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ,
 - h) sianiu łóżka i zmianie pościeli

- 2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie 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 ,
 - c) myciu okien ,
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ,
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go



g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

3) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

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

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

- a) wyjście na spacer
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

.....
data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

