

DIAGNOZA POTRZEB

ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ

(PROGRAM ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)

na rok 2025

Płeć:

- kobieta
 mężczyzna

Wiek:

1. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez Pana/Panią orzeczenia o niepełnosprawności:

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 orzeczenie dla dzieci w wieku od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

2. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
 dysfunkcja narządu wzroku,
 zaburzenia psychiczne,
 dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
 dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
 pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

3. Proszę o wskazanie ile godzin wsparcia jest Pan/Pani niezbędna w ramach asystencji:

- liczba godzin w miesiącu
 liczba miesięcy

cały rok

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

tak

nie

5. Czy w przypadku objęcia wsparciem w ramach programu ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję asystenta osoby z niepełnosprawnością ?

tak

nie

6. W jakim zakresie potrzeba jest wsparcie asystenta:

wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej.
wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie.
wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania; zakupy, punkty usługowe, wizyty u lekarza itp.

wsparcia w podejmowaniu aktywności zawodowej.

wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem, w tym udział w wydarzeniach kulturalnych, sportowych, rozrywkowych, praktyki religijne.

Inne czynności:

.....
.....
.....

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

8. Cy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?**Tak** / **Nie**

9. Cy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?**Tak** / **Nie**