

DIAGNOZA POTRZEB
ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ
(PROGRAM ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)
na rok 2026

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

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ 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
- ☐ 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 Panu/Pani niezbędna w ramach asystencji:

- ☐ liczba godzin w miesiącu
- ☐ liczba miesięcy
- ☐ cały rok

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

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

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

Metryczka:

Płeć:

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

Wiek.....

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brójcach, Brójce 39, tel. 042-295-01-06