**Załącznik nr 1 do umowy nr ……………………**

Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

 edycja 2022

*WZÓR*

**Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022**

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
   1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
   2. czesaniu ☐;
   3. goleniu☐;
   4. obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
   5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
   6. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń☐;
   7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
   8. słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   1. sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
   2. 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)☐;
   3. myciu okien☐;
   4. utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
   5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
   6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
   7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
3. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami☐;
   6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta☐;
4. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer☐;
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
   6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni☐;
   7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

Miejscowość, dnia……………………… .

**Załącznik nr 2 do umowy nr ……………………**  Załącznik nr 2 do umowy  
Załącznik nr 10 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

- edycja 2022

*WZÓR*

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Karta realizacji usług asystenta nr .....................................................................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od ………………….…… do ……….……………….………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu …….……… 2022 r. wyniosła ………. godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu

wyniósł ….……………….. zł ‒ koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 zł miesięcznie\*\*

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie\*\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

………………………………

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

\*\*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.

**Załącznik nr 3 do umowy nr ……………………**

Załącznik nr 11 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2022

*WZÓR*

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data**  **wyjazdu** | **Numer rejestracyjny pojazdu** | **Pojemność silnika** | **Wskazanie rodzaju środka transportu (własny asystenta/inny – wskazać jaki)** | **Opis trasy**  **wyjazdu**  **(skąd-dokąd)** | **Cel wyjazdu** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | Stawka za  1 km przebiegu \*  zł gr | Wartość (8)x(9)  zł gr | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podsumowanie strony** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Do przeniesienia/Z przeniesienia** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie

warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych,

motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z późn. zm.) i wynosi:

– dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm3 – 0,5214 zł;

– dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm3 – 0,8358 zł;

– dla motocykla – 0,2302 zł;

– dla motoroweru – 0,1382 zł.

**Załącznik nr 4 do umowy nr ……………………**

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

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ……….………, dnia. . . . . . . . . . . . . . .

Dane asystenta osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA KOSZTÓW DOJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU

**za miesiąc** . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data**  **wyjazdu** | **Opis trasy**  **wyjazdu**  **(skąd-dokąd)** | **Cel podróży** | **Nr faktury /data** | Podpis asystenta |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Podsumowanie strony** | | | |  |  |
| **Z przeniesienia** | | | |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

…………………………………….

(czytelny podpis)