Załącznik nr 8 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego

- edycja 2026

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

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

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej: a) ubieranie ☐

1. korzystanie z toalety ☐
2. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐
3. czesanie ☐
4. golenie ☐
5. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐
6. obcinanie paznokci rąk i nóg ☐
7. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐
8. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐
9. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐
10. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐
11. słanie łóżka i zmiana pościeli ☐

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐

1. dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐
2. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku

☐;

1. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
2. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐
3. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐
4. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły

(wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐

1. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐
2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐
3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐
5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐
6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐
7. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
8. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐
9. wyjście na spacer ☐
10. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐

1. załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ☐
2. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐
3. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem

się ☐

1. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐
2. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐
3. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością

☐

1. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐
2. inne: ……………………………………

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

………………………………………… …………………………………………………

(Realizator usług) (AOOzN)

…………………………………………..……………………………

(Uczestnik/Uczestniczka lub Opiekun prawny Uczestnika/czki)