

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Załącznik nr 3 do Standardu asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością

Formularz diagnozy osoby do 13 r.ż., która będzie korzystać z asystencji osobistej

Informacje, jakie zamieścisz w tym formularzu, pozwolą zrozumieć potrzeby dziecka, które zgłaszasz do asystencji osobistej. Na tej podstawie Zespół ds. Indywidualnego Planu Wsparcia określi zakres czynności i liczbę godzin asystencji osobistej. Zależy nam na tym, aby wsparcie było jak najbardziej dostosowane do jego potrzeb i pozwalało dziecku być aktywnym, sprawczym oraz stopniowo przygotowywać się do niezależnego życia.

1. Informacja wstępna

Wypełniam formularz w imieniu osoby niepełnoletniej. Formularz ten jest moją diagnozą dla dziecka, które będzie korzystać z Asystencji Osobistej i w dalszej części odnoszę się do jego sytuacji.

2. Dane osoby wypełniającej formularz w imieniu dziecka z niepełnosprawnością

imię

nazwisko

województwo

miejsowość

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

kod pocztowy	
ulica i numer domu/mieszkania	
dane kontaktowe	
telefon	e-mail
Jaka jest Twoja relacja z osobą, która będzie korzystać z asystencji osobistej?	
<input type="checkbox"/> Jestem rodzicem/opiekunem prawnym.	
<input type="checkbox"/> Jestem opiekunem faktycznym.	
<input type="checkbox"/> Inna sytuacja (jaka?)	
.....	
.....	

3. Dane dziecka, które będzie korzystało z asystencji osobistej

imię
nazwisko
województwo

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

miejsowość	
kod pocztowy	
ulica i numer domu/mieszkania	
dane kontaktowe	
telefon	e-mail
Rodzaj posiadanego aktualnie orzeczenia: <input type="checkbox"/> powiatowy lub wojewódzki zespół ds. orzekania o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności	
Symbol(e) niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05 -R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

10-N

11-I

12-C

Orzeczenie ważne do (wpisz datę):

brak orzeczenia o niepełnosprawności

Jeśli chcesz, wpisz w tym miejscu dodatkowe informacje o dziecku, które będzie korzystało z asystencji osobistej. Dodatkowe informacje ułatwią pracę Zespołu ds. Indywidualnego Planu Wsparcia.

.....
.....

4. Zakres wsparcia

W polach poniżej wybierz czynności, w których dziecko potrzebuje wsparcia. Możesz wybrać dowolną liczbę czynności. Jeśli potrzebne jest wsparcie, którego nie ma na liście, możesz dopisać je we właściwym miejscu.

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej angażujące dziecko do współpracy i wyrażania własnej woli:

- a) korzystanie z toalety
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
- c) czesanie
- d) golenie

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- e) wykonanie nieskomplikowanych elementów makijażu
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, siadanie na wózku, przesiadanie się z wózka
- h) zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzeń
- i) zmiana pampersów, pieluchomajtek i wkładów higienicznych
- j) karmienie oraz przygotowanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
- k) sianie łóżka i zmiana pościeli
- l) ubieranie i rozbieranie
- m) inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

2. Wsparcie w wykonaniu czynności zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie wybranych czynności medyczno-pielęgniacyjnych:

- a) podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą lub przez skórę (wcieranie)
- b) podawanie leków drogą wziewną (nebulizatory, inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem pojedynczych dawek, z dozownikiem uruchamiającym wdech, inhalatory proszkowe)
- c) toaleta przeciwoleżynowa, odśluzowywanie dróg oddechowych, w tym czyszczenie rurki tracheotomijnej
- d) żywienie dojelitowe i dożołądkowe, przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (metodą porcji)

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- e) stosowanie okładów i kompresów
- f) nacieranie, oklepywanie
- g) zmiana opatrunku
- h) mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru (glukometrem) itp.

3. Wsparcie dziecka w codziennym funkcjonowaniu i wypełnianiu ról w rodzinie motywujące do aktywności własnej, rozwijania sprawczości, komunikacji w pełni respektujące wybory dziecka oraz tempo jego działań:

- a. asystowanie dziecku w zabawach i aktywnościach własnych w domu
- b. asystowanie dziecku w zabawach i kontaktach z członkami rodziny w domu
- c. asystowanie dziecku w zabawach i kontaktach z osobami spoza jego rodziny
- d. asystowanie dziecku w obowiązkach, które wypełnia w domu (sprzątanie, wyrzucanie śmieci, przygotowywanie posiłków dla siebie i członków rodziny, itp.)
- e. inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

4. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania:

- a. pchanie wózka
- b. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi dzieciom, które nie potrafią tego robić samodzielnie
- c. pomoc w orientacji przestrzennej dzieciom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniewidomym

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- d. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
- e. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami
- f. transport samochodem, który jest własnością lub w dyspozycji członka rodziny dziecka z niepełnosprawnością lub asystenta
- g. inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

5. Wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem:

- a. asystowanie dziecku podczas komunikowania się z rówieśnikami, jeśli korzysta z alternatywnych i wspomagających narzędzi komunikacji, których obsługa wymaga wsparcia asystenta
- b. asystowanie dziecku podczas komunikowania się z osobami dorosłymi spoza rodziny, jeśli korzysta z alternatywnych i wspomagających narzędzi komunikacji, których obsługa wymaga wsparcia asystenta osobistego
- c. asystowanie podczas obsługi komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji społecznej, z których dziecko korzysta za zgodą rodziców, ale nie jest w stanie obsłużyć ich bez wsparcia asystenta osobistego
- d. inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

6. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i wspierające aktywność własną i sprawczość oraz w pełni respektujące wybory dziecka i tempo jego działań:

- a. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności towarzyszących edukacji i niemożliwych do realizacji bez wsparcia asystenta (imprezy, wycieczki, korzystanie z biblioteki, świetlicy)
- b. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności rekreacyjnej (zabawy na placu zabaw, treningi sportowe, koncerty, spektakle, kino)
- c. asystowanie dziecku podczas korzystania z wszelkich form aktywności społecznej (zabawy z rówieśnikami, przyjęcia urodzinowe, imprezy lokalne)
- d. asystowanie dziecku podczas praktyk religijnych, obrzędów, w których chce brać udział i odbywa się to za zgodą rodziców, a w których uczestnictwo wymaga wsparcia asystenta
- e. asystowanie w działaniach kształtujących niezbędne kompetencje społeczne, samodzielność, sprawczość, współdziałanie
- f. inne czynności (podaj jakie)

.....
.....

7. Informacje dodatkowe

Jeśli są dodatkowe czynności, w których Twoje dziecko potrzebuje wsparcia i nie mieszczą się w żadnym z powyższych obszarów, możesz napisać o nich tutaj:

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

.....

5. Opis typowych sytuacji związanych z potrzebą wsparcia

W tabeli poniżej zapisz wszystkie wydarzenia w ciągu typowego tygodnia dziecka, które będzie korzystało z AOON, w których potrzebowało ono wsparcia drugiej osoby. Jeśli opisanie typowego tygodnia jest dla Ciebie trudne, opisz ostatni tydzień. Czynności w kolejnych dniach mogą się powtarzać.

Zapisz:

- jakiego rodzaju pomocy potrzebowało dziecko, w którego imieniu wypełniasz formularz i gdzie (np. dom, placówka edukacyjna, plac zabaw, biblioteka, kino)
- ile czasu zajęło wykonanie czynności ze wsparciem innej osoby.

Podane godziny nie muszą być dokładne – są jedynie pomocne we wskazaniu odpowiednich części dnia.

Jeśli dziecko, w imieniu którego wypełniasz formularz, chodzi do placówki edukacyjnej, placówki dziennego wsparcia, napisz o tym w informacjach dodatkowych. Nie musisz opisywać tego czasu dokładnie w tabeli opisu tygodnia (ale jeśli chcesz, możesz to zrobić). Opisz tylko te momenty dnia, w których potrzebne jest czyjeś wsparcie.

Przykładowe wpisy:

- O 06:00 syn potrzebował wsparcia przy wyborze ubioru i jego założeniu oraz przy zjedzeniu śniadania i wyborze, co chce zabrać ze sobą na drugie śniadanie do szkoły. Potrzebna była na to godzina.

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

- O 07:00 syn potrzebował wsparcia w dotarciu do szkoły – asystowanie w dotarciu na przystanek, na którym zatrzymuje się autobus szkolny. Zajmuje to 30 minut.
- O 14:30 córka potrzebowała pomocy w korzystaniu z biblioteki szkolnej i przejechaniu na plac zabaw (nie ma już wtedy nauczyciela wspomagającego, a bardzo lubi szkolną bibliotekę i plac zabaw). Wchodzenie na zjeżdżalnię i tory przeszkód wymaga asekuracji. Zajmuje to około półtorej godziny.
- O 16:00 córka potrzebowała pomocy w dotarciu do domu komunikacją miejską i przygotowaniu się do imprezy urodzinowej koleżanki, w dotarciu na nią i w uczestniczeniu w tej imprezie. Ubranie stroju, przejazd autobusem i wspieranie podczas imprezy, jedzenia i komunikowania się z rówieśnikami zajęło 4 godziny.

Dzień tygodnia	Godziny od-do, czynności
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Sobota	
Niedziela	

6. Informacje dodatkowe

Jeśli masz dodatkowe ważne informacje, które nie zostały wpisane wcześniej w tabeli tygodniowej, możesz podać je tutaj. Może to być informacja o tym, że dziecko przez Ciebie zgłaszane uczy się, uczęszcza do różnych placówek, chodzi na treningi, koła zainteresowań czy podejmuje inne działania.

W tym miejscu możesz podać informację o barierach, z jakimi boryka się dziecko w codziennym życiu. Mogą to być bariery związane z brakiem windy w domu, niedostosowaną łazienką, niedostępnymi autobusami czy niedostosowanymi chodnikami. Możesz również napisać o trudnościach w komunikowaniu się z innymi osobami, trudnościach w używaniu komputera i innych sytuacjach, które mogą być dla dziecka trudne.

Jeśli dziecko, w imieniu którego wypełniasz formularz, ma jakieś plany, w których realizacji mogłaby pomóc asystencja osobista, opisz je (np. podjęcie edukacji, nauka pływania, nauka gry w boccę, zintensyfikowanie kontaktów z rodziną i znajomymi, realizacja zainteresowań).

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

