



„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

.Załącznik nr 9 do Standardu usługi asystencji osobistej osób z niepełnosprawnością

Wzór decyzji końcowej w sprawie Indywidualnego Planu Wsparcia (IPW)

Szanowny(a) Pan(i)

Imię i Nazwisko

Adres

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji oraz spotkania z Zespołem ds. Indywidualnego Planu Wsparcia przyznajemy Pani(u) łącznie godzin asystencji osobistej do wykorzystania w okresie od do.....

Przyznana Pani/Panu stawka za godzinę asystencji wynosi zł.

Pula środków na dodatkowe koszty asystencji osobistej: zł.

Szczegółowy zakres czynności asystenta osobistego określony został w Tabeli nr 1. Informację o przyznanych dodatkowych formach wsparcia znajdzie Pan/i w Tabeli nr 2.

Zgodnie z ustaleniami wskaże Pan(i) asystenta osobistego samodzielnie/ w znalezieniu asystenta osobistego pomoże Pan(i).....
(niepotrzebne skreślić).

Informujemy, że jest Pan(i) zobowiązany(a) do składania comiesięcznych rozliczeń czasu pracy Pani(a) asystenta osobistego zgodnie z formularzem rozliczenia usług asystenckich (Załącznik 3). Plan wsparcia jest podstawą do zawarcia kontraktu z asystentem osobistym.



„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Informujemy, że osobą do kontaktu jest:.....(imię i nazwisko)

Akceptując IPW, zobowiązuje się Pan/Pani jednocześnie do udziału w szkoleniu dla użytkowników i użytkowników asystencji osobistej.

W szczególnie uzasadnionych sytuacjach może Pan/Pani wystąpić do PCPR o zmianę planu wsparcia.

Od powyższej decyzji może się Pan/Pani odwołać w ciągu dni do PCPR.

Tabela 1

ramowy zakres czynności asystenta osobistego (obszary)	czynności asystenta	proponowana miesięczna liczba godzin
Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej		
Wsparcie w czynnościach zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie czynności medyczno-pielęgnacyjnych		



„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie		
Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania		
Wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem		
Wsparcie w podejmowaniu aktywności społecznej, w tym edukacyjnej i zawodowej		
	Całkowita miesięczna liczba godzin asystencji osobistej:	

Tabela 2

Zadanie	Uwagi
potrzeby przeszkolenia asystenta osobistego (asystentów osobistych) w zakresie wsparcia w związku z potrzebami użytkownika wymagającymi specjalistycznego przygotowania (rekomendacje do szkoleń uzupełniających)	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

wskazanie do doradztwa wzajemnego	
inne potrzeby (np. w zakresie komunikowania się, konieczność asysty dwóch asystentów osobistych jednocześnie, wsparcie całodobowe, wyjazd na turnus rehabilitacyjny itp.)	

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Zestawienie nr 3

Rozliczenie czasu pracy asystenta osobistego

Imię i nazwisko użytkownika asystencji osobistej:.....

Imię i nazwisko asystenta osobistego:

Miesiąc: / Rok:

lp.	data wsparcia	godz. wsparcia (od-do)	liczba godz.	rodzaj czynności (zgodnie z wykazem poniżej)	podpis asystenta osobistego
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
suma godzin					

.....
podpis użytkownika asystencji osobistej

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Rodzaj czynności:

1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej
2. wsparcie w wykonaniu czynności zaleconych przez lekarza oraz wykonywanie czynności medyczno-pielęgniacyjnych
3. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie
4. wsparcie w przemieszczaniu się
5. wsparcie w komunikowaniu się z otoczeniem
6. wsparcie w podejmowaniu aktywności społecznej, w tym edukacyjnej, zawodowej

Uwaga: **W kolumnie „rodzaj czynności” należy wpisać wszystkie rodzaje czynności wykonywane w trakcie jednego spotkania z Użytkownikiem.**