



Załącznik nr 3 do Regulaminu

**DIAGNOZA POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W RAMACH UCZESTNICTWA
W PROJEKCIE**

TYTUŁ PROJEKTU: „Usługi asystenckie w Mieście Żywiec”

Projekt jest realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027,
Europejski Fundusz Społeczny + (Priorytet: FESL.07.00- Fundusze Europejskie dla społeczeństwa,
Działanie: FESL.07.04- Usługi społeczne)

DANE BENEFICJENTA: **MIASTO ŻYWIEC**REALIZATOR: **MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŻYWCU**

Dane uczestnika	1.	Imię	
	2.	Nazwisko	
	3.	Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub rodzica*	
Zakres usług asystenckich jest ściśle dopasowany do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sferach życia, które wymagają wsparcia. Usługi muszą być dostosowane do osobistych preferencji oraz realizowane wyłącznie na rzecz odbiorcy tych usług, czyli osoby z niepełnosprawnością- <u>nie na rzecz członków rodziny osoby z niepełnosprawnością lub innych osób np. z nią zamieszkujących.</u>			
PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE, W ZAKRESIE POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:			
Higiena osobista i czynności samoobsługowe		1. Czynności dot. higieny osobistej, takie jak: mycie, kąpiel, czesanie, golenie, mycie włosów, itp. 2. Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych 3. Pomoc w korzystaniu z toalety 4. Pomoc w zmianie pozycji w celu zapobiegania odleżyn 5. Pomoc w spożywaniu pokarmów i napojów	



Prowadzenie gospodarstwa domowego oraz pomoc w wypełnianiu ról społecznych w rodzinie	1. Robienie zakupów (tylko z osobą z niepełnosprawnością) 2. Pomoc w przygotowaniu posiłków 3. Sprzątanie mieszkania oraz utrzymywanie czystości sprzętów medycznych i codziennej obsługi (tylko w przypadku samodzielnego zamieszkiwania osoby z niepełnosprawnością i tylko w obecności osoby z niepełnosprawnością). Niedopuszczalne są prace remontowe, prace na wysokościach itp. 4. Wynoszenie śmieci 5. Pranie i prasowanie odzieży (tylko w przypadku samodzielnego zamieszkiwania osoby z niepełnosprawnością i tylko w obecności osoby z niepełnosprawnością)
Aktywność życiowa i komunikowanie się z otoczeniem	1. Pomoc w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania (pchanie wózka, pomoc w poruszaniu się o kulach, pomoc w orientowaniu się w przestrzeni osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym itp.) 2. Towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością podczas jazdy środkami transportu publicznego 3. Transport osoby z niepełnosprawnością jej samochodem, samochodem członka jej rodziny lub samochodem asystenta 4. Towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością podczas wizyt lekarskich 5. Obsługa komputera, smartfona itp. 6. Wyjście na spacer 7. Towarzyszenie w wyjściach do instytucji kulturalnych tj. muzeum, kino itp. 8. Pomoc w załatwieniu spraw urzędowych lub w punktach usługowych 9. Pomoc w dojeździe do pracy i z pracy



INNE POTRZEBY*

Jeżeli występują, proszę wymienić jakie:

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika Projektu/
jego opiekuna prawnego lub rodzica*

*jeżeli dotyczy