



## Formularz samooceny potrzeb w zakresie asystencji osobistej w projekcie "Decyduję, więc jestem-2025".

Dla każdej z wymienionych czynności proszę wybrać poziom potrzebnego wsparcia asystenta (lub brak potrzeby wsparcia).

Imię i nazwisko.....

### Legenda dot . poziomu samodzielności uczestnika (kolor pomarańczowy)

Prosimy o ocenę swojej samodzielności w poszczególnych obszarach. W tym celu w odpowiednich rubrykach tabeli proszę wpisać liczbę odpowiadającą Państwa poziomowi samodzielności według poniższej skali:

- 0 – Nie dotyczy (dana czynność lub sytuacja nie odnosi się do Państwa).
- 1 – Nie wykonuję samodzielnie nawet przy wsparciu (wsparcie pełne).
- 2 – Wykonuję ze wsparciem innej osoby.
- 3 – Wykonuję samodzielnie, ale z trudem.
- 4 – Wykonuję samodzielnie bez trudu.

### Wskazówki do wypełniania tabeli:

Proszę dokładnie przeanalizować każdą czynność lub sytuację wymienioną w tabeli.  
Proszę ocenić swój poziom zapotrzebowania na wsparcie zgodnie z rzeczywistością – bez obaw o ocenę.  
Proszę wszystkie rubryki, aby odpowiedź była kompletna i pomocna.

### Legenda dot. oczekiwanego od asystenta poziomu wsparcia (kolor zielony)

Prosimy o ocenę swojego zapotrzebowania na wsparcie w poszczególnych obszarach. W tym celu w odpowiednich rubrykach tabeli proszę wpisać liczbę odpowiadającą Państwa poziomowi potrzeby wsparcia według poniższej skali:

- 0 – Nie potrzebuję wsparcia.
- 1 – Potrzebuję niewielkiego wsparcia.
- 2 – Potrzebuję Średniego wsparcia.
- 3 – Potrzebuję dużego wsparcia.
- 4 – Potrzebuję pełnego wsparcia.

## Czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej

Czynność	Wybierz poziom samodzielności wykonywania danej czynności:	Wybierz jakiego poziomu wsparcia asystenta osobistego potrzebujesz:
Ubieranie się		
Korzystanie z toalety		
Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych.		
Mycie głowy, mycie ciała, kąpiel		
Czesanie się		
Zmiana pozycji ciała (np. przesiadanie się z wózka lub na wózek)		
Golenie się		
Jedzenie i picie (także przez PEG lub sondę)		
Przygotowywanie posiłków i napojów.		
Zmiana pozycji ciała (np. przesiadanie się z wózka lub na wózek)		
Obcinanie paznokci rąk i nóg		
Zapobieganie odparzeniom lub odleżynom		
Wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu		
Ścielenie łóżka i zmiana pościeli		

## Prowadzenie domu i życie rodzinne

Czynność	Wybierz poziom samodzielności wykonywania danej czynności:	Wybierz jakiego poziomu wsparcia asystenta osobistego potrzebujesz:
Sprzątanie mieszkania		
Wynoszenie śmieci		
Robienie zakupów		
Mycie okien		
Dbanie o urządzenia ułatwiające życie codzienne (np. balkonik, podnośnik, golarka elektryczna)		
Pranie i prasowanie		
Opieka i spędzanie czasu z dzieckiem.		

## Przemieszczanie się poza domem

Czynność	Wybierz poziom samodzielności wykonywania danej czynności:	Wybierz jakiego poziomu wsparcia asystenta osobistego potrzebujesz:
Pchanie wózka		
Pokonywanie barier architektonicznych		
Orientacja przestrzenna		
Wsiadanie do i wysiadanie z pojazdów		
Podróż komunikacją publiczną		

Transport samochodem		
----------------------	--	--

<b>Aktywność życiowa i kontakty z otoczeniem</b>		
<b>Czynność</b>	<b>Wybierz poziom samodzielności wykonywania danej czynności:</b>	<b>Wybierz jakiego poziomu wsparcia asystenta osobistego potrzebujesz:</b>
Obsługa urządzeń ułatwiających komunikowanie się (np. komputer, smartfon, tablet)		
Wycieczka lub spacer		
Udział w wydarzeniu kulturalnym, sportowym, rozrywkowym, etc.		
Załatwianie spraw urzędowych		
Wsparcie techniczne podczas pracy zawodowej		
Rozmowa z otoczeniem		
Notowanie ręcznie lub na komputerze		
Udział w rehabilitacji lub treningach sportowych		
Korzystanie z punktów usługowych		
Planowanie aktywności i podejmowanie decyzji (dotyczy osób z niepełnosprawnością intelektualną lub innymi trudnościami poznawczymi).		

Data i podpis .....



dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.