Załącznik nr 8 do Standardu asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością

# Indywidualny Plan Wsparcia (IPW)

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

Skład Zespołu ds. IPW: (*imiona i nazwiska* członków zespołu) ………………………………………………………………………………………………………

## **Instrukcja opracowania IPW (tabela nr 1)**:

1. Na podstawie autodiagnozy, Wstępnego IPW oraz wniosków ze spotkania z osobą ubiegającą się o AOON Zespół ds. IPW opracowuje Indywidualny Plan Wsparcia. Analiza skupia się na:
   1. zgodności zakresu czynności asystenta z opisanymi przez osobę ubiegającą się o asystencję osobistą czynnościami (formularz autodiagnozy),
   2. ocenie zasadności przyznania określonej liczby godzin asystencji osobistej przypisanych do poszczególnych obszarów i czynności.
2. Zespół ds. IPW uzupełnia tabelę nr 1:
   1. **ramowy zakres czynności asystenta osobistego** to obszary, w ramach których może być wykonywana asystencja osobista,
   2. **czynności niezgodne z ramowym zakresem czynności** nie są uwzględniane w wyliczeniu godzinowym, chyba że Zespół ds. IPW możę zaproponować wstępnie jedną z czynności z ramowego zakresu, która jest zbliżona do proponowanej niezgodnej czynności,
   3. **czynności asystenta osobistego** są proponowane przez osobę ubiegającą się o AOON – te, które mogą być zgodne z ramowym zakresem czynności (przypisane do obszarów) oraz niezgodne (wychodzące poza ramowy zakres czynności),
   4. **identyfikacja barier** dotyczy zarówno barier funkcjonalnych (np. problemy z motoryką, trudności poznawcze), jak też środowiskowych (np. zamieszkiwanie na 3 piętrze bez windy; samotne zamieszkiwanie; remont infrastruktury w najbliższym otoczeniu i związane z tym czasowe problemy z przemieszczaniem się; opieka nad dziećmi lub osobami zależnymi; trudności transportowe; zamieszkiwanie na terenach wiejskich; niechęć placówki edukacyjnej do przyjęcia osoby z niepełnosprawnością),
   5. **identyfikacja celów wsparcia** (na tyle, na ile jest to możliwe, na podstawie formularza autodiagnozy i innej dokumentacji) – rozpoznanie, w czym faktycznie pomogą czynności asystenta osobistego. Najczęstszym celem będzie usprawnienie codziennego funkcjonowania. Poszukujemy jednak również celów z tego wynikających, np. utrzymanie lub zdobycie pracy; podjęcie lub kontynuowanie edukacji; rozwiązanie doraźnego problemu (np. zakończenie remontu, zdobycie środków na dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego, wzięcie udziału w konkursie, wyjazd na wycieczkę).

## Tabela 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ramowy zakres czynności asystenta (obszary)** | **identyfikacja barier** | **identyfikacja celów wsparcia** | **czynności asystenta osobistego** | **liczba godzin AOON w poszczególnych obszarach** |
| Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej |  |  |  |  |
| Wsparcie w czynnościach zaleconych przez personel medyczny oraz wykonywanie czynności medyczno-pielęgnacyjnych |  |  |  |  |
| 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** | | | |  |

## Instrukcja opracowania IPW (tabela nr 2):

Na podstawie tabeli 2 Zespół ds. IPW określa (jeśli potrzebne):

* 1. rodzaj szkoleń uzupełniających dla asystentów osobistych,
  2. wskazanie do doradztwa wzajemnego,
  3. inne potrzeby (szczególnie potrzeby w zakresie komunikowania się, konieczność asysty dwóch asystentów jednocześnie, wsparcie całodobowe, wyjazd na turnus rehabilitacyjny, wsparcie w szkole itp.)

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

………………………………….

miejscowość, data

………………………………….

podpis użytkownika lub jego opiekuna prawnego

………………………………….

………………………………….

podpisy członków Zespołu ds. IPW