Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik do Zarządzenia nr MOPR.IV.020.5A.2025
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Skierniewicach z dnia 01 września 2025 r.

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Skierniewicach

Program realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Definicje pojęć:

1. **Regulamin** – Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Skierniewicach.
2. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pt. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowany przez Miasto Skierniewice – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Skierniewicach.
3. **Realizator Programu/MOPR** – Miasto Skierniewice - Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Skierniewicach, Al. Niepodległości 4.
4. **Wnioskodawca** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie, na podstawie zasad ujętych w Programie i niniejszym Regulaminie.
5. **Uczestnik Programu/Uczestnik** – Wnioskodawca zakwalifikowany do uczestnictwa w Programie, zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
6. **Usługi asystenckie** – udzielenie indywidualnego wsparcia przez asystenta osobie z niepełnosprawnością w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
7. **Asystent** – osoba świadcząca usługę asystencji osobistej.
8. **Adresaci Programu** - mieszkańcy Miasta Skierniewice.
9. **Koordynator Programu** – pracownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach, zajmujący się realizacją Programu.
10. **Opiekun**- opiekun faktyczny, opiekun prawny, rodzic zastępczy, wychowawca palcówki opiekuńczo - wychowawczej.

Rozdział I.

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowanego przez Realizatora Programu.
2. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, zgodnie z założeniami ogłoszonymi przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.
3. Celem Programu jest wsparcie osób z niepełnosprawnościami poprzez świadczenie usług asystencji osobistej.
4. Program realizowany jest do dnia 31.12.2026 r.

Rozdział II.

Warunki uczestnictwa

1. Adresatami Programu są osoby, które posiadają aktualne orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo

c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

2. Adresatami Programu są również dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
3. Udział w Programie jest całkowicie bezpłatny.
4. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona. Zakwalifikowanie nie jest gwarantowane i zależy od spełnienia kryteriów oraz dostępnych środków. Liczba godzin jest ograniczona wysokością środków przyznanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

pozwalających na realizację godzin asystencji osobistej

5. Program realizowany będzie w terminie **od 01.01.2026 r. do 31.12.2026 r.**

Rozdział III.

Zasady i terminy rekrutacji

1. Informacje na temat ogłoszonej rekrutacji zostaną zamieszone na stronie internatowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach.
2. Rekrutacja prowadzona będzie w terminie: **od 01 września 2025 r. do 10 grudnia 2025 r.**
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć:

1) w formie papierowej:

a) w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach, Al. Niepodległości 4, w godzinach od 8.00 do 16.00 w poniedziałki wtorki, czwartki, w godzinach od 8.00 do 18.00 w środy, w godzinach od 8.00 do 14.00 w piątki.

b) korespondencyjnie na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach. Al. Niepodległości 4.

2) na adres skrzynki ePUAP Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach – dokumenty muszą być opatrzone podpisem elektronicznym lub potwierdzone Profilem Zaufanym.

4. Dokumenty muszą zostać podpisane:

- w przypadku osoby dorosłej: przez tę osobę lub pełnomocnika (należy załączyć pełnomocnictwo notarialne);
- w przypadku osób niepełnoletnich: przez rodzica lub opiekuna;
- w przypadku osób ubezwłasnowolnionych: przez opiekuna lub kuratora (należy załączyć dokument wskazujący zdolność do reprezentacji wnioskodawcy).

a) Wymagane dokumenty: wypełniona **Karta zgłoszenia do Programu** stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu (dotyczy wszystkich);

b) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy osób dorosłych);

c) kserokopia orzeczenia ze wskazaniami 7 i 8 (dotyczy osób niepełnoletnich);

d) kserokopia wyroku sądu o ubezwłasnowolnienie (jeżeli dotyczy);

e) kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (jeżeli dotyczy);

f) zgoda na przetwarzanie danych osobowych stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu (RODO dotyczy wszystkich);

g) oświadczenie rodzica bądź opiekuna o niekorzystaniu ze wsparcia asystenta w placówce szkolnej (dotyczy osób niepełnoletnich);

Rozdział IV.

Kryteria kwalifikacji

1. Zgłoszenia będą oceniane indywidualnie przez powołaną Komisję Rekrutacyjną.
2. Komisja Rekrutacyjna rozpatrzy karty zgłoszenia w terminie 14 dni roboczych po zakończonej rekrutacji oraz dokona indywidualnej oceny uczestników.
3. Złożenie zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi asystenckiej.
4. W przypadku stwierdzenia braku kompletu złożonych dokumentów osoba ma obowiązek dostarczyć brakujące dokumenty w ciągu 5 dni roboczych od dnia dostarczenia pisemnego powiadomienia. W przypadku niedostarczenia uzupełnionych dokumentów w wyznaczonym terminie wniosek nie będzie rozpatrywany.
5. Dokumentacja rekrutacyjna nie podlega zwrotowi.
6. Decyzja Realizatora Programu o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu Wnioskodawcy do Programu nie wymaga wydania decyzji administracyjnej.
7. W ramach weryfikacji i oceny wniosków pracownik MOPR może przeprowadzić wywiad w miejscu przebywania osoby z niepełnosprawnością i weryfikować dane podane we wniosku.
8. W ramach oceny wniosków i kwalifikacji do programu uwzględnia się w szczególności grono osób wymagających wysokiego poziomu wsparcia zgodnie z założeniami Programu, wobec których cel programu może być wypełniony w jak największym stopniu, biorąc pod uwagę ich sytuację osobistą i możliwości wsparcia usługami asystenckimi. Przyznając usługi asystencji, w pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby:

a) osób z niepełnosprawnościami **samotnie zamieszkujących i gospodarujących**, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia innych osób;

b) osób z niepełnosprawnościami wspólnie **zamieszkujących i gospodarujących**, które nie mają możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób;

c) osób z niepełnosprawnościami, które **przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej**

w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy;

d) osób z niepełnosprawnościami, które **przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego** w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

9. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
10. Po zakończeniu rekrutacji sporządzona zostanie **lista główna** oraz **lista rezerwowa** uczestników Programu.
11. O zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu do Programu Uczestnicy zostaną powiadomieni pisemnie przez Realizatora Programu.
12. Osoby z listy rezerwowej mogą zostać Uczestnikami Programu w przypadku uwolnienia się dostępnych godzin asystencji w Programie. Miejsca na liście rezerwowej nie będą uzależnione od kolejności złożenia dokumentów rekrutacyjnych, lecz od indywidualnej oceny uczestnika. Jednocześnie, w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy Program pomimo przyznania usług asystencji osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal posiada wolne miejsca do udziału w Programie. Realizator Programu ogłosi uzupełniający nabór uczestników.
13. Realizator może przyznać Uczestnikowi Programu mniejszą liczbę godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu.

Rozdział V.

Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

1. Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością może być osoba wskazana przez Uczestnika Programu lub jego opiekuna w karcie zgłoszenia do Programu, która:

1) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością - na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
2) nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością;
3) nie zamieszkuje z osobą z niepełnosprawnością.
4) jest osobą pełnoletnią.

2. W przypadku niewskazania Asystenta przez Uczestnika Programu lub nie spełnienia kryteriów określonych w pkt. 1 przez osobę wskazaną przez Uczestnika Programu, Asystenta spełniającego warunki Programu wskazuje Podmiot Świadczący. (Asystent posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczeni w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, wolontariat, pisemne oświadczenie podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna.

2. Do zadań asystenta należeć będą m.in.:

a) pomoc w wykonywaniu codziennych czynności domowych i życiowych,
b) wsparcie w przemieszczaniu się i dotarciu do placówek edukacyjnych, medycznych, urzędów,
c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i osobistych,

d) towarzyszenie podczas zakupów, spacerów, wizyt lekarskich,
e) wspieranie uczestnika w aktywizacji społecznej.

Rozdział VI.

Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1) Uczestnik Programu winien aktywnie współpracować z MOPR w Skierniewicach i Asystentem celem umożliwienia realizacji usług asystencji.
2) Asystenta i Uczestnika Programu obowiązuje wzajemny szacunek.
3) Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów. Usługi realizowane są na zasadzie współdziałania Uczestnika Programu i Asystenta.
4) W godzinach realizacji usług asystenckich nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych. Minimalny czas realizacji usług asystenckich wynosi 1 godzinę zegarową, a maksymalny zgodnie z limitem Programu. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu lub czas czynności wykonywanych wraz z Uczestnikiem poza miejscem zamieszkania, bez czasu dojazdu lub dojścia do miejsca zamieszkania/pobytu Uczestnika Programu.
5) Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz Uczestnika Programu, na podstawie jego decyzji lub decyzji opiekuna, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
6) Rodzaj usług i ich zakres godzinowy uzależnione są od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
7) Z usług jednego Asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden Uczestnik Programu.
8) Uczestnik Programu zobowiązany jest aktualizować zgłoszenie do Programu, w każdym przypadku zmiany danych z nim związanych.
9) Zarówno Asystent jak i Uczestnik Programu jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora Programu o sytuacjach mających wpływ na realizację usług

asystenckich, w szczególności o zmianie stanu zdrowia tj. pobyt w szpitalu, sanatorium, hospicjum, umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej, wyjeździe do rodziny itp.

10) O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenckich albo na wymiar limitu godzin usług asystenckich (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) Uczestnik Programu zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Realizatora programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
11) Uczestnik Programu ma prawo w każdej chwili zrezygnować w z udziału w Programie, składając pisemną rezygnację ze wskazaniem daty zakończenia udziału w Programie bądź zgłaszając telefonicznie pod numer (46) 880 95 30 do Koordynatora Programu.
12) Rezygnacja z uczestnictwa w Programie lub inne istotne informacje, dotyczące realizacji usługi asystenckich, w tym uwagi i zastrzeżenia w zakresie realizacji programu przyjmowane są drogą pisemną bądź telefoniczną pod numer (46) 880 95 30 do Koordynatora Programu.

Rozdział VII.

Rozliczanie i monitoring usług asystencji osobistej

1. Usługi asystenckie świadczone przez Asystentów rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług.
3. Uczestnik Programu lub opiekun Uczestnika Programu oraz Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług asystencji osobistej.
4. Kartę realizacji usług należy uzupełniać każdorazowo po wykonaniu usługi asystenckiej.
5. Na prośbę Realizatora Programu, Asystent ma obowiązek niezwłocznie dostarczyć Kartę realizacji usług.
6. Miesięcznemu rozliczeniu i wypłacie podlegać będą jedynie pełne godziny usług asystenckich.
7. Realizator Programu zobowiązany jest do dokonywania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich w miejscu realizacji usługi.

Rozdział VIII.

Postanowienia końcowe

1. Osoba, której przyznano usługi asystenckie w ramach Programu, zobowiązana jest do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
2. Realizator zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów (załączników) według wzorów określonych w Programie, nie ujętych w Regulaminie, usprawniających i wpływających na prawidłowe rozliczanie świadczonych usług asystenckich.
3. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień. Informacja o zmianie treści Regulaminu zostanie opublikowana na stronie internetowej Realizatora.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu i przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
5. W sprawach nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzje podejmuje Realizator.

Załączniki:

Nr 1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Nr 2. Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Nr 3. Oświadczenie uczestnika dot. wskazania kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
   ……
2. Adres zamieszkania:
   ……
3. Telefon kontaktowy:
   ……
4. Adres e-mail:
   ……
5. Preferowana forma komunikacji: telefon ☐, e-mail ☐, poczta tradycyjna ☐
6. Data urodzenia:
   ……
7. Status na rynku pracy:
   ……
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak ☐ / Nie ☐**

   Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

……
9. Grupa/stopień niepełnosprawności:
   ……
10. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
    1) dysfunkcja narządu ruchu (m.in. paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo - rdzeniowa) ☐,
    2) dysfunkcja narządu wzroku ☐,
    3) zaburzenia psychiczne ☐,
    4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,
    5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,
    6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,
11. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
    ……
    ……

12. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - **Tak ☐ / Nie ☐**

13. Czy porusza się Pan(i):

W domu	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
Poza miejscem zamieszkania	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - **Tak ☐ / Nie ☐**

15. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

……..……

16. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak ☐ / Nie ☐**

17. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniającą warunki o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mającymi możliwości wzajemnego wsparcia ani korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak ☐ / Nie ☐**

18. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka[1] - **Tak ☐ / Nie ☐**

19. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce[2], gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim - **Tak ☐ / Nie ☐**

[1] Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).
[2] Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w domu/poza domem?

……

……

……

…

……

……

……

……

……

……

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[3]:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: …….
2. Wiek:……..
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

……

……

4. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? **Tak ☐ / Nie ☐**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

……..……..……

……..……..

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

……

……

……

……..……..……

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

……

……..……..……

[3] Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

……

……..……..……

……

……..……..……

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

a) ubieranie **Tak ☐ / Nie ☐;**

b) korzystanie z toalety **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) czesanie **Tak ☐ / Nie ☐**;

e) golenie **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak ☐ / Nie ☐**;

g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak ☐ / Nie ☐**;

h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło/fotel, ułożenie się
w łóżku, usadzenie w wózku **Tak ☐ / Nie ☐**;

i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak ☐ / Nie ☐**;

j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak ☐ / Nie ☐**;

k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak ☐ / Nie ☐**;

l) słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak ☐ / Nie ☐**.

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie

wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak ☐ / Nie ☐**;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak ☐ / Nie ☐**;

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak ☐ / Nie ☐**;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak ☐ / Nie ☐**.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) wyjście na spacer **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak ☐ / Nie ☐**;

e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak ☐ / Nie ☐;**

f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak ☐ / Nie ☐**;

g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak ☐ / Nie ☐**;

h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. **Tak ☐ / Nie ☐**;

i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**;

j) w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak ☐ / Nie ☐**;

k) inne:

……

…… **Tak ☐ / Nie ☐**

8. Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak ☐ / Nie ☐**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak ☐ / Nie ☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:
   dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną formy wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

……

……

……

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta/korzystał(ła) Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

a. limitu przyznanych godzin: ……..…..….
b. ilość wykorzystanych godzin: …….
c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:
……
……..……..…….

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
   a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
   b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 19 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 6 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana

do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 5 pkt 1 lit. a i b Programu.

6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam ……. (*podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust. 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.

Miejscowość ……., data …….

..…….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

…….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami określonymi w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczenie

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko ……
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego

Adres zamieszkania ……

Telefon: ……

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" - dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026** oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego:
Pan/Pani ……
Imię i nazwisko osoby wskazanej
……
adres zamieszkania telefon

jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na moją rzecz oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.
Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026[1)], moim opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną.
Jestem świadomy/świadoma* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

……..
Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić
** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8".
[1)]Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH
Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez adres e-mail: iod@bodo24.pl

CEL I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu obowiązku prawnego nałożonego na administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) wynikającego z ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

WYMOGI I KONSEKWENCJE
Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania wymaganych danych jest brak możliwości realizacji zadań związanych z przyznawaniem pomocy.

INFORMACJE O ODBIORCACH DANYCH OSOBOWYCH
Odbiorcami Państwa danych osobowych są lub mogą być: • Inspektor Ochrony Danych Mateusz Szenbek z siedzibą we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 281/721; • właściwie upoważnione osoby fizyczne, prawne lub inni odbiorcy posiadający podstawę prawną żądania dostępu do danych osobowych oraz odbiorcy, którym muszą zostać ujawnione dane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; • podmioty obsługujące systemy teleinformatyczne, podmioty świadczące usługi pocztowe, kurierskie oraz prawne na rzecz Ośrodka.

CZAS PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
Administrator będzie przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, a następnie przez okres wynikający z przepisu prawa powszechnie obowiązującego oraz prawa wewnętrznego – Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.

PRAWA OSÓB FIZYCZNYCH
1. Każda osoba fizyczna, której administrator przetwarza dane osobowe ma prawo: • otrzymać od administratora kopię swoich danych osobowych oraz szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania tych danych osobowych; • zażądać zmiany lub uzupełnienia swoich danych osobowych, które są niepoprawne, niekompletne lub nieaktualne; • zażądać usunięcia swoich danych osobowych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności; • zażądać we wskazanym zakresie ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności; • zażądać przesłania swoich danych osobowych przez administratora do innego wskazanego administratora, jeżeli jest to technicznie możliwe i jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności; • wnieść sprzeciw w stosunku do przetwarzania jej danych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności; • nie podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec nie skutki prawne lub w inny sposób na nią wpływa; • wnieść skargę do organu nadzorczego. Organem nadzorczym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2 i wszystkie dane kontaktowe znajdują się na platformie www.uodo.gov.pl. 2. Realizacja każdego żądania wymaga wcześniejszej weryfikacji tożsamości, zbadania zasadności i możliwości prawnych realizacji żądanego prawa. 3. W ciągu 30 dni od złożenia żądani administrator zobowiązany jest zrealizować żądanie lub odmówić realizacji żądania. 4. Odmowa realizacji żądania zawsze musi zawierać uzasadnienie.