**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:

…………………………….…...................…….................………...............................................………………………..

3. Telefon kontaktowy:

……………………………………..………………………………………………….…………………………………...

4. Data urodzenia:

…………………………………...……………………………………………………………………...…………………

5. Status na rynku pracy:

…………………………………………………………………………………………………..…………………………

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak  / Nie**

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

……………………………………………………………………………………….…………..………………………

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:

……………………………………………………………………………………………………………………………..

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (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 ,

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

11. 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 |

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak  / Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ………………………………………………………………………………………………………………………..

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? – **Tak  / Nie**

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

**II. ŚRODOWISKO:**

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

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-2):**

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?

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

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:
   1. ubieranie **Tak  / Nie** ;
   2. korzystanie z toalety **Tak  / Nie** ;
   3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak  / Nie** ;
   4. czesanie **Tak  / Nie** ;
   5. golenie **Tak  / Nie** ;
   6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak  / Nie** ;
   7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak  / Nie** ;
   8. 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** ;
   9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak  / Nie** ;
   10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak  / Nie** ;
   11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak  / Nie** ;
   12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak  / Nie** .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
   1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która z uwagi na swój stan zdrowi, wiek lub swoją niepełnosprawności 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** ;
   2. 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** ;
   3. 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** ;
   4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) **Tak / Nie**
   5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby   
      z niepełnosprawnością) **Tak  / Nie** ;
   6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak  / Nie** ;
   7. 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:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak  / Nie** ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym  
      **Tak  / Nie** ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak  / Nie** ;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób   
      z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak  / Nie** ;
   6. 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:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak  / Nie** ;
   2. wyjście na spacer **Tak  / Nie** ;
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak  / Nie** ;
   4. 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** ;
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak  / Nie** ;
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się   
      **Tak  / Nie** ;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze   
      **Tak  / Nie** ;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak  / Nie** ;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością   
      **Tak  / Nie** ;
   10. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji**Tak  / Nie** .
   11. 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 form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta 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:

1. limitu przyznanych godzin: ……….
2. limitu wykorzystanych godzin: ……….
3. 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:
   * 1. 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.),
     2. 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. 17 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. 5 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. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. 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.
7. Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję udział w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

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 stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionego.

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-2)