

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 .**

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:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku,
- ☐ zaburzenia psychiczne,
- ☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- ☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – ☐ Tak / ☐ Nie

11. Jak się Pan(i) porusza:

W domu:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- ☐ nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- ☐ nie poruszam 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 gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – ☐ Tak / ☐ Nie

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – ☐ Tak / ☐ Nie

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....
.....
.....
.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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:

Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- ☐ ubieranie;
- ☐ korzystanie z toalety;
- ☐ mycie głowy, mycie ciała, kąpiel;
- ☐ czesanie;
- ☐ golenie;
- ☐ wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
- ☐ obcinanie paznokci rąk i nóg;
- ☐ zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku;
- ☐ zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń;
- ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych;
- ☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę);
- ☐ sianie łóżka i zmiana pościeli.

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

- ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (*za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego; posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią*) – wsparcie w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;

- ☐ dokonywanie bieżących zakupów (*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*);
- ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (*za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego; posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią*) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku;
- ☐ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (*np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.*);
- ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (*w obecności osoby z niepełnosprawnością*);
- ☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go;
- ☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (*wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością*).

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- ☐ pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością;
- ☐ pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym;
- ☐ pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym;
- ☐ pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu;
- ☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami;
- ☐ transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.

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

- ☐ obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji;
- ☐ wyjście na spacer;
- ☐ asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;

- ☐ 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;
- ☐ pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy;
- ☐ wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- ☐ notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze;
- ☐ pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.;
- ☐ wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością;
- ☐ w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji;
- ☐ Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej?.

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:

(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?)

.....
.....

3. 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:

a. limitu przyznanych godzin:

b. limitu 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 2026 r. poz. 639 i 974),
 - 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. 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 udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 16 albo 17 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. 16 albo ust. 17 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 wskazaniem 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.