Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

1. **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 ……………………………………………………………………………………….…………..………

* 1. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………….
	2. 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 ☐.
	3. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………
	4. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - **Tak** ☐ **/ Nie** ☐
	5. 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 ☐

* 1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - **Tak** ☐ **/ Nie** ☐
	2. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? - **Tak**

## / Nie ☐

* 1. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniacie 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** ☐
	2. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka1? - **Tak** ☐ **/ Nie** ☐
	3. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo- wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce2, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak** ☐ **/ Nie** ☐

# ŚRODOWISKO:

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

# OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA3:

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* 1. 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** ☐,

* + - 1. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			2. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			3. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			4. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ **/ Nie** ☐;
		1. 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, 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** ☐,
			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** ☐,

* + - 1. 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** ☐,
			2. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐,
			3. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			4. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			5. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie

w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ☐ **/ Nie** ☐;

* + 1. 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** ☐,

* + - 1. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym

**Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków

transportu **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z

niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** ☐ **/ Nie** ☐;
		1. 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** ☐,

* + - 1. wyjście na spacer **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			2. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			3. 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** ☐,
			4. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,
			5. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się

**Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze

**Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń

fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością

**Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

**Tak** ☐ **/ Nie** ☐,

* + - 1. inne: **Tak** ☐ **/ Nie** ☐.
	1. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** ☐ **/ Nie** ☐

# 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:

…………………………………………………………….……….

# 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.

* 1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
	2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z

niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

* 1. 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.

* 1. 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.
	2. 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 ust. 19 niniejszej Karty.
	3. 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 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.