Załącznik do zarządzenia Nr 12/2025
Kierownika Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Mielcu
z dnia 02 grudnia 2025 r.

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Spis treści

§1 Definicje 3
§2 Postanowienia ogólne 3
§3 Kryteria uczestnictwa 4
§4 Zasady rekrutacji 5
§5 Zakres usług 6
§ 6 Prawa i obowiązki Uczestnika Programu 8
§ 7 Warunki rezygnacji z uczestnictwa w programie 10
§ 8 Postanowienia końcowe 10

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

§1 Definicje

1. **Asystent** – osoba świadcząca usługę asystencji osobistej.
2. **Gmina** – Gmina Mielec
3. **Ośrodek** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu.
4. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
5. **Komisja Rekrutacyjna** – komisja, o której mowa w §2 zarządzenia.
6. **Program** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
7. **Uczestnik Programu** – osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
8. **Realizator Programu** – organizacja pozarządowa, której zlecono realizację Programu.

§2 Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystencji mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
2. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji i udziału w Programie oraz prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu.
3. Program organizowany jest przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu w terminie od dnia podpisania umowy z Realizatorem Programu do 31.12.2026 r.
4. Program finansowany jest ze środków programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
5. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Mielec.
6. Biuro Programu znajduje się w siedzibie GOPS w Mielcu, przy ulicy Głowackiego 5, 39- 300 Mielec.
7. Za realizację usługi asystencji osobistej w ramach Programu uczestnik nie ponosi odpłatności.
8. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
   a) posiadające 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

b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub

c) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

9. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 8 lit. c. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje Realizator Programu, z uwzględnieniem postanowień ust. 8 lit a i b.

10. W ramach realizowanego Programu, planuje się objąć wsparciem 23 osoby, w tym:

1) 9 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);

2) 9 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);

3) 1 osobę z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);

4) 1 osobę z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);

5) 3 dzieci w wieku od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

11. Osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia będą stanowiły minimum 50% uczestników.

12. Zmianie może ulec planowana liczba osób, która zostanie objęta wsparciem w ramach realizacji Programu.

§3 Kryteria uczestnictwa

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

1) jest dzieckiem, które ukończyło 2. rok życia i 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.

2) jest osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

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.

3) złoży w GOPS w Mielcu we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj.:

a) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu;

b) kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych;

c) podpisane oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, stanowiące załącznik nr 5 do Regulaminu.

2. Gmina przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

1) osoby z niepełnosprawnością samotnie gospodarującej, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

2) osoby z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkującej i gospodarującej z inną osobą z niepełnosprawnością, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.

§4 Zasady rekrutacji

1. Usługi asystencji osobistej przyznaje się na podstawie Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
2. Rekrutacja do Programu prowadzona będzie w terminie od dnia 05.12.2025r. do 11.12.2025r.
3. Osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu, zobowiązana jest złożyć w formie papierowej, dokumenty wymienione w §3 ust. 1 pkt 3 w GOPS w Mielcu przy ul. Głowackiego 5, w godzinach pracy Ośrodka.
4. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem uczestnika Programu lub opiekuna prawnego.
5. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.
6. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami, nie jest równoznaczne

z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

7. Rekrutacja Kandydatów do programu, będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną.
8. Ocena złożonych dokumentów, zostanie dokonana według kryteriów określonych w karcie oceny, której wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
9. Z posiedzenia Komisji Rekrutacyjnej, zostanie sporządzony protokół.
10. Do uczestnictwa w Programie w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów w procesie rekrutacji.
11. W przypadku wykorzystania liczby miejsc w Programie, osoby spełniające kryteria, zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
12. Osoby, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, o zakwalifikowaniu będzie decydowała kolejność zgłoszeń.
13. W uzasadnionych przypadkach, decyzję o przyznaniu Asystenta podejmuje Przewodniczący Komisji Rekrutacyjnej.
14. O wynikach naboru do Programu, Kandydaci zostaną niezwłocznie powiadomieni pisemnie, w terminie do 14 dni od dnia dokonania wyboru Uczestnika Programu przez Komisję Rekrutacyjną.
15. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.
16. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność GOPS w Mielcu.
17. Członkowie Komisji Rekrutacyjnej przed przystąpieniem do weryfikacji kart zgłoszeniowych, złożą oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu.
18. W przypadku rezygnacji lub zdarzenia losowego uniemożliwiającego korzystanie z Programu (np.: śmierć uczestnika Programu – osoby z niepełnosprawnością, opiekuna) opiekun osoby z niepełnosprawnej lub inna najbliższa osoba jest obowiązana złożyć stosowne oświadczenie koordynatorowi Programu oraz w przypadku śmierci uczestnika przedłożyć kopię aktu zgonu.
19. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie na skutek zdarzenia, o którym mowa powyżej zostaje powołana ponownie komisja rekrutacyjna, która po przeanalizowaniu złożonych przez Uczestnika dokumentów przyznaje udział w Programie osobie szczególnie wymagającej wsparcia lub pierwszej osobie z listy rezerwowej. Z posiedzenia komisji sporządza się protokół.

§5 Zakres usług

1. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

a) wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej uczestnika;

b) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;

c) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;

d) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

2. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.

3. Wzór Karty zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

4. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.

5. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.

6. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17 Programu, finansowane ze środków publicznych.

7. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.

8. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.

9. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem ust. 26.

10. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.

11. Za wszelkie czynności realizowane przez Opiekuna na prośbę osoby niepełnosprawnej lub jego opiekuna w miejscu zamieszkania i w zakresie niezgodnym z niniejszym regulaminem

odpowiedzialność ponosi osoba niepełnosprawna lub jego opiekun.

12. Zarówno Uczestnik jak i Asystent biorąc udział w programie, wyrażają zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami z części IV pkt. 38 Programu.

§ 6 Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

1) korzystania z usługi Asystenta w wymiarze i zakresie ustalonym przez Gminę;

2) bycia traktowanym przez Asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;

3) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług Asystenta, jeśli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;

4) wymagania od Asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;

5) zachowania przez Asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub/i członków rodziny lub/i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;

6) otrzymywania informacji o nieobecności Asystenta lub o jego/jej zastępstwie przekazanej przez Asystenta lub GOPS w Mielcu;

7) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich Asystentowi oraz GOPS w Mielcu.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

1) współpracy z Ośrodkiem oraz Asystentem przy realizacji usług Asystenta w miarę jego możliwości;

2) traktowania Asystenta z należytym szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;

3) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Asystentem oraz niewykorzystywania relacji z Asystentem do realizacji własnych interesów;

4) współpracy z Asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;

5) wymagania od Asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie usługi asystenckiej i zamieszczone w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz niniejszym regulaminie;

6) umożliwienie Asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi;

7) potwierdzania czytelnym podpisem/podpisem opiekuna prawnego realizacji usług na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usług, Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;

8) niezwłocznego przekazania Ośrodkowi lub Asystentowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;

9) respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

3. W sytuacji trudnego zachowania osoby niepełnosprawnej, stwarzającego zagrożenie dla niego lub bezpieczeństwa innych osób oraz uniemożliwiającego dalsze wykonywanie usługi, Uczestnik Programu lub wskazana przez niego osoba zobowiązuje się do niezwłocznego przybycia na wezwanie Asystenta oraz przejęcia opieki nad osobą niepełnosprawną wobec której świadczone są usługi.

4. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania Ośrodka, o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

5. Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny, w trakcie trwania Programu, zobowiązany jest do informowania Gminy o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

6. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza teren Gminy Mielec, uczestnik Programu składa w GOPS w Mielcu oświadczenie, o rezygnacji z udziału w Programie.

7. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do Asystenta traktuje się:

a) stosowanie przemocy wobec Asystenta (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);

b) podnoszenie głosu na asystenta;

c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;

d) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.

8. Uczestnik nie powinien:

1) pożyczać pieniędzy Asystentowi;
2) pożyczać pieniędzy od Asystenta;
3) przekazywać korzyści majątkowych Asystentowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
4) udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego Asystentowi do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

9. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.

10. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (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 zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ośrodek lub inny podmiot, któremu zlecono realizację Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

11. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

§ 7 Warunki rezygnacji z uczestnictwa w programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. W sytuacji wystąpienia w trakcie realizacji Programu zmian w zapisach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, lub wystąpienia rozbieżności z zapisami niniejszego regulaminu, zastosowanie mają zapisy Programu.
3. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Przewodniczący Komisji Rekrutacyjnej.
4. W uzasadnionych przypadkach, Ośrodek zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
5. Wszelkie zmiany niniejszego regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
6. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia Kierownika GOPS w Mielcu i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
7. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie GOPS w Mielcu.

Załącznik nr 1

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:
   ……

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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 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 innych osób? – **Tak ☐ / Nie ☐**

16. 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 dziecka[1]? - **Tak ☐ / Nie ☐**

17. 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 placówce[2], gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? -

[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.

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Tak ☐ / Nie ☐

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?

   ……
   ……

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 ☐**;

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

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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 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)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak ☐ / Nie ☐**;

b) 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) **Tak ☐ / Nie ☐**;

c) 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 **Tak ☐ / Nie ☐**;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, 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 ☐**;

podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **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 ☐**;

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

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

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

e) 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 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 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. 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. 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.

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 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.

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Załącznik nr 2

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Uwaga: *Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
   a) ubieranie ☐;
   b) korzystanie z toalety ☐;
   c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐;
   d) czesanie ☐;
   e) golenie ☐;
   f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐;
   g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐;
   h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐;
   i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
   j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;
   k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐;
   l) słanie łóżka i zmiana pościeli ☐.

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 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)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
   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 ☐;
   c) 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 ☐;
   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) ☐;
f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
g) 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:
a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;
e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;
f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;
b) wyjście na spacer ☐;
c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
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 ☐;
e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;
h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐;
i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;
j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.
k) inne:……..

Miejscowość, dnia …… .

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Załącznik nr 3

Karta oceny złożonych dokumentów

Imię i Nazwisko Kandydata …….....

Data wpływu Karty zgłoszenia do programu .....……..

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności .....

Kandydaci do Programu:

☐ dziecko 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 oraz

osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności,

☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną

L.p.	Kryterium oceny	Liczba punktów do przyznania	Liczba punktów przyznanych	Uwagi
1.	Czy Kandydat: *(punkty nie sumują się)* a) jest osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? b) jest osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, który nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	a) Tak - 5 pkt b) Nie - 0 pkt a) Tak - 5 pkt b) Nie - 0 pkt		
2.	Czy Kandydat porusza się w domu: *(punkty nie sumują się)* a) samodzielnie b) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt a) Tak - 1 pkt b) Nie - 0 pkt		

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

	c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	a) Tak - 1 pkt b) Nie - 0 pkt		
3	Czy Kandydat porusza się poza miejscem zamieszkania: *(punkty nie sumują się)* a) samodzielnie b) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt a) Tak - 1 pkt b) Nie - 0 pkt a) Tak - 1 pkt b) Nie - 0 pkt		
4	Czy w bieżącym roku kalendarzowym Kandydat korzysta z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt		
5	Czy Kandydat korzysta z usług opiekuńczych ?	a) Tak - 0 pkt b) Nie - 1 pkt		
6	Sposób funkcjonowania w środowisku	Od 0 do 5 pkt.		
	Razem:	Maksymalna liczba punktów: **14 pkt**		

Czy uczestnik został zakwalifikowany do Programu ?

☐ TAK

☐ NIE

Czy uczestnikowi została przyznana usługa asystencji osobistej ?

☐ TAK

☐ NIE

Czy uczestnik znajduje się na liście rezerwowej ?

☐ TAK

☐ NIE

Uwagi Komisji rekrutacyjnej:

……

……

……

……

Podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:

1. ……..

2. ……..

3. ……..

4. ……..

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Załącznik nr 4

Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu:…….

Adres uczestnika Programu ……..

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie
od …….…… do …….…….……..

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	**Data usługi**	**Liczba godzin zrealizowanych**	**Godziny realizacji usługi (od – do)**	**Rodzaj i miejsce realizacji usługi***	**Imię i nazwisko asystenta**	**Czytelny Podpis asystenta**	**Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego**
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….……. 2026 r. wyniosła ……..…… godzin.
Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ….…….….. zł – 300 zł miesięcznie na asystenta, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

……..
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

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

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.
**Należy załączyć ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:
- Ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2026;
- Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

załącznik nr 5

KLAUZULA INFORMACYJNA
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
W GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W MIELCU

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że:

a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Głowackiego 5, 39-300 Mielec, adres e-mail: gopsmielec@gops.mielec.pl,

1. Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mielcu:
   - adres korespondencyjny: ul. Głowackiego 5,39-300 Mielec,
   - adres e-mail: iod@gops.mielec.pl
2. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać się w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji ww. celu.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, w tym przechowywane od zebrania do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
5. Pozyskane od klientów dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.
9. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu realizacji programu pn.: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

…….
czytelny podpis

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Imię i nazwisko …..…….

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

1) Nie ubiegam się o uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026;
2) Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów do Programu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

……., dnia……..….r.
(miejscowość)

……
(czytelny podpis)

W związku z zaistnieniem okoliczności o której mowa w pkt. ……..[1] podlegam wyłączeniu z dalszych prac w Komisji Rekrutacyjnej.

……., dnia……r.
(miejscowość)

……
(czytelny podpis)

[1] Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026