

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

WYPEŁNIA PRACOWNIK OŚRODKA

Numer karty:

Organizacja:

Przyznane godziny w 2026 roku:

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Telefon kontaktowy	
Status na rynku pracy	
Adres zamieszkania	Ulica:
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY):

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	☐ Taki sam jak adres osoby z niepełnosprawnością
	Ulica:
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:

III. AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA, ZAWODOWA, EDUKACYJNA

Jestem uczniem/studentem	☐ Tak ☐ Nie
Jestem aktywna/y zawodowo	☐ Tak ☐ Nie
Uczęszczam do placówki wsparcia dziennego	<i>np. warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom samopomocy</i> ☐ tak, jakiej?

	☐ nie		
IV. ŚRODOWISKO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ: <i>* W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków.</i>			
Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób. ☐ Tak ☐ Nie			
Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością (posiadającą stopień umiarkowany, znaczny lub równoważny), bez możliwości wzajemnego wsparcia oraz korzystania ze wsparcia innych osób. ☐ Tak* ☐ Nie			
Jestem osobą przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka. ☐ Tak* ☐ Nie			
Jestem osobą przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim. ☐ Tak* ☐ Nie			
V. POZIOM SAMODZIELNOŚCI W CODZIENNYM ŻYCIU: <i>Zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoją sytuację.</i>			
Obszar funkcjonowania	Robię samodzielnie	Czasami potrzebuję pomocy	Zawsze potrzebuję pomocy
Wstawanie z łóżka	☐	☐	☐
Ubieranie się	☐	☐	☐
Higiena osobista	☐	☐	☐
Przygotowywanie posiłków	☐	☐	☐
Spożywanie posiłków	☐	☐	☐
Poruszanie się w domu	☐	☐	☐
Poruszanie się poza domem	☐	☐	☐
Zakupy, załatwianie spraw w urzędach/przychodniach	☐	☐	☐
Korzystanie z transportu publicznego	☐	☐	☐
Komunikacja (mówienie, słyszenie, pisanie, czytanie)	☐	☐	☐

Organizacja dnia, planowanie czynności	☐	☐	☐
Na co dzień korzystam ze sprzętów ortopedycznych	<i>np. balkonik, kule, wózek inwalidzki</i> ☐ tak, jakich? ☐ nie		
Na co dzień korzystam z pomocy medycznej lub sprzętu, który wymaga obsługi przez inną osobę	<i>np. cewnik, odsysanie, zmiana opatrunków, karmienie przez PEG/sondę</i> ☐ tak, jakich? ☐ nie		
VI. WSPARCIE, JAKIM DYSPONUJĘ NA CO DZIEŃ:			
Rodzaj wsparcia	Kto udziela pomocy	Jak często	
Pomoc rodziny/bliskich		☐ codziennie	☐ czasami ☐ nigdy
Pomoc sąsiadów/znajomych		☐ codziennie	☐ czasami ☐ nigdy
Usługi opiekuńcze/ specjalistyczne		☐ codziennie	☐ czasami ☐ nigdy
Pomoc organizacji pozarządowych/ wolontariuszy		☐ codziennie	☐ czasami ☐ nigdy
Inne, jakie?			
VII. WSPARCIE, KTÓREGO BRAKUJE W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU:			
☐ Poruszanie się poza domem (np. zakupy, urzędy). ☐ Udział w wydarzeniach społecznych lub kulturalnych. ☐ Pomoc w organizacji dnia/przypominanie o zadaniach. ☐ Pomoc w komunikacji (czytanie, pisanie, rozmowa). ☐ Pomoc w nauce, pracy lub szkoleniu. ☐ Pomoc przy korzystaniu z toalety i utrzymaniu higieny osobistej (<i>np. pomoc przy wejściu na toaletę, zmianie pieluchomajtek, mycie całego ciała itp.</i>) ☐ Inne (jakie?)			
VIII. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:			
Jakie cechy asystenta byłyby dla Ciebie najbardziej odpowiednie? (opcjonalnie)	Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna		
	Wiek:		
	Inne (<i>np.: zainteresowania, posiadane umiejętności</i>):		

Jestem w stanie/czuję się kompetentny/a, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla mnie usług asystencji osobistej	☐ Tak ☐ Nie
W jakich godzinach/dniach będzie Ci potrzebne wsparcie?	
Ile godzin wsparcia będzie Ci potrzebne?	W 2026 r. będę potrzebować godzin usług asystencji osobistej. Maksymalnie: • 300 godzin dla osób z orzeczeniem o stopniu znacznym (lub dokumentem równoważnym) • 250 godzin dla osób z orzeczeniem o stopniu umiarkowanym (lub dokumentem równoważnym) • 200 godzin dla dzieci od ukończenia 2 r.ż do ukończenia 16 r.ż z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8

IX. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a):

- a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- b) z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- c) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu, w tym : z treścią Informacji dotyczącej przetwarzania Danych Osobowych (załącznik nr 4 do Regulaminu Realizacji Programu).

2. Oświadczam że:

- a) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- b) w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą mi 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), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych,

c) w przypadku, gdy w 2026 roku będę korzystać z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam GOPS Dębowa Łąka do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.

X. UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA:

Napisz uzasadnienie Twojego zgłoszenia, które pomoże nam w ocenie Twojej sytuacji. Dlaczego potrzebujesz wsparcia i w jakich sytuacjach asystent byłby dla Ciebie największą pomocą?

W jaki sposób chcesz być poinformowany/a o wyniku rekrutacji do Projektu?

☐ Poprzez pocztę tradycyjną na adres wskazany we wniosku

☐ Poprzez e-mail:

Dębowa Łąka, dnia.....

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna prawnego**WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY OPS****Czy osoba korzysta z innych form wsparcia w OPS? – wypełnia pracownik socjalny**☐ Tak ☐ NieJeżeli **Tak**, proszę wskazać z jakich

.....

.....

Podpis pracownika socjalnego

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.☐ Tak ☐ NieJeżeli **Nie**, proszę wskazać przyczynę

.....

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie