



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

I. DANE WNIOSKUJĄCEGO O UDZIAŁ W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2027, ZWANEGO DALEJ „PROGRAMEM”:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Telefon kontaktowy:
5. Telefon alternatywny - w razie nagłych sytuacji:
6. Adres e-mail:
7. Preferowana forma komunikacji (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję*): telefon ☐, e-mail ☐, poczta tradycyjna ☐
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – TAK ☐ / NIE ☐

Jeżeli **TAK**, proszę podać jego dane:

- 8.1 Imię i nazwisko opiekuna:
- 8.2 Telefon kontaktowy opiekuna:
- 8.3 Adres e-mail opiekuna:

II. INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

1. Rodzaj dokumentu (*można zaznaczyć jedną opcję*):
 - 1) ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
 - 2) ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - 3) ☐ orzeczenie równoważne (*orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w pkt 1 i 2, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*)
 - 4) ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia)
2. Numer orzeczenia:
3. Data ważności:
4. Niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, w którym wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności*):
 - 1) ☐ TAK
 - 2) ☐ NIE



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Jeżeli **TAK**, proszę wskazać rodzaje niepełnosprawności wynikające z orzeczenia:

.....

.....

III. OPIS SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

1. W których z poniższych obszarów potrzebuje Pan(i) wsparcia w ramach usług asystencji osobistej (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję*)?
 - 1) ☐ czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej
 - 2) ☐ wykonywanie codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
 - 3) ☐ przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (*jeżeli opcja ta została zaznaczona, należy uzupełnić ust. 4 poniżej*)
 - 4) ☐ komunikowanie się z innymi osobami, w tym wyrażanie swoich potrzeb oraz rozumienie i przekazywanie informacji
 - 5) ☐ uczestnictwo w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)
 - 6) ☐ inne (*jakie?*):
.....
.....
2. Proszę krótko opisać swoją sytuację oraz okoliczności mające wpływ na potrzebę korzystania z usług asystencji osobistej:
.....
.....
.....
3. Jakie trudności w codziennym funkcjonowaniu powodują, że potrzebuje Pan(i) wsparcia asystenta osobistego:
.....
.....
.....
4. W jakich sytuacjach i w jakim zakresie potrzebuje Pan(i) wsparcia podczas przemieszczania się poza miejsce zamieszkania:
.....
.....
.....
5. Kto obecnie udziela Panu(i) wsparcia (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję, z wyjątkiem przypadku zaznaczenia pkt 1) - nikt*):
 - 1) ☐ nikt
 - 2) ☐ rodzina
 - 3) ☐ osoby niespokrewnione wspólnie zamieszkujące
 - 4) ☐ sąsiedzi



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

- 5) ☐ ośrodek pomocy społecznej (OPS)/centrum usług społecznych (CUS)/powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR)/ miejski ośrodek pomocy rodzinie (MOPR)
- 6) ☐ osoba świadcząca usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze
- 7) ☐ organizacja pozarządowa
- 8) ☐ placówka typu ŚDS, ZAZ, WTZ, COM itp.
- 9) ☐ inne (proszę opisać w pkt 5.1 i 5.2)
- 5.1. Jeżeli korzysta Pan(i) obecnie ze wsparcia, proszę opisać, na czym ono polega oraz jak często jest udzielane:
-
-
-
- 5.2. Jeżeli wcześniej korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia, proszę wskazać, jakie to były formy, kto je zapewniał oraz czy nadal Pan(i) z nich korzysta. Jeżeli już nie korzysta, proszę krótko wskazać przyczynę zakończenia korzystania z tego wsparcia:
-
-
-
- 5.3 Jak ocenia Pan(i) dotychczas otrzymywane wsparcie? Proszę wskazać, które jego formy odpowiadały Pana(i) potrzebom, a które nie, oraz krótko wyjaśnić dlaczego:
-
-
-

IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

1. Proszę wskazać preferencje dotyczące osoby asystenta, które mają dla Pana(i) znaczenie przy korzystaniu z usług asystencji osobistej:

- 1) Płeć:
- 2) Wiek:.....
- 3) Inne preferencje, np. dotyczące umiejętności, doświadczenia, sposobu komunikowania się lub zainteresowań:
-

2. Czy wskazuje Pan(i) osobę, którą proponuje Pan(i) jako asystenta? TAK ☐ / NIE ☐

Jeżeli TAK, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu, adres e-mail:

.....

.....

.....

3. Proszę określić, w jakich dniach tygodnia i godzinach potrzebne będzie wsparcie asystenta:

.....

.....

.....

4. Oczekiwana liczba godzin usług asystencji osobistej miesięcznie godzin.
5. Czy jest Pan(i) w stanie przekazać asystentowi niezbędne wskazówki dotyczące sposobu udzielania Panu(i) wsparcia? TAK ☐ / NIE ☐
6. Czy obecnie korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, w ramach Programu u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwanego dalej „Ministrem” dotyczących usług asystencji osobistej?

TAK ☐ / NIE ☐

Jeżeli TAK, proszę o podanie:



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

-
- 1) liczby przyznanych godzin:
.....
 - 2) liczby wykorzystanych godzin:
.....
 - 3) nazwy realizatora Programu (gminy, powiatu, organizacji pozarządowej), który realizuje na Pana(i) rzecz usługi asystencji osobistej:
.....

7. Czy w 2027 roku korzystał(a) Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

TAK ☐ / **NIE** ☐

Jeżeli TAK, proszę o podanie:

- 1) liczby przyznanych godzin:
.....
- 2) liczby wykorzystanych godzin:
.....
- 3) nazwy realizatora Programu (gminy, powiatu, organizacji pozarządowej), który realizował na Pana(i) rzecz usługi asystencji osobistej:
.....

8. Czy w 2027 roku będzie Pan(i) aplikować o przyznanie usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego również u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra, dotyczących usług asystencji osobistej:

TAK ☐ / **NIE** ☐

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PIERWSZEŃSTWA:

1. Proszę wskazać, która z poniższych sytuacji Pan(i) dotyczy* (*proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*):
 1. ☐ zamieszkuję i gospodaruję samotnie i nie korzystam ze wsparcia innych osób
 2. ☐ wspólnie zamieszkuję i gospodaruję z inną osobą z niepełnosprawnością, spełniającą warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu, przy czym nie mamy możliwości wzajemnego wspierania się oraz nie korzystamy ze wsparcia innych osób
 3. ☐ przebywam w rodzinnej pieczy zastępczej, w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 980), tj. jestem dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) albo w rodzinnym domu dziecka¹
 4. ☐ przebywam w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. jestem dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce², w której wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim
 5. ☐ żadna z powyższych sytuacji mnie nie dotyczy.

*Podana informacja będzie podlegała weryfikacji przez realizatora Programu w trakcie oceny indywidualnej sytuacji.

1 Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

2 Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

VI. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora Programu świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027.
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 jednocześnie 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, z późn. zm.),
 - b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 18 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części IV ust. 2 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu oświadczam, że osoba ta:
 - a) jest pełnoletnia,
 - b) nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu,
 - c) nie jest moim opiekunem prawnym,
 - d) nie jest moim kuratorem,
 - e) nie jest osobą sprawującą nade mną rodzinną pieczę zastępczą (rodzicem zastępczym albo osobą prowadzącą rodzinny dom dziecka),
 - f) nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą,
 - g) nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej lub opieki wytchnieniowej,
 - h) 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 V ust. 1 pkt 3 albo 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków określonych w tych punktach.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam)/będę korzystał(a) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam (nazwa podmiotu, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust. 6, 7 i 8 niniejszej Karty, u realizatora Programu, przez którego usługi te są/były/będą dla mnie realizowane.
8. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania podmiotu określonego w ust. 7, o każdej zmianie dotyczącej korzystania przeze mnie z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, mającej wpływ na ustalenie liczby przysługujących mi godzin usług lub możliwość nakładania się godzin ich realizacji. Przyjmuję do wiadomości, że podmiot określony w ust. 7, ma prawo do wezwania mnie w każdym czasie do potwierdzenia informacji o korzystaniu przeze mnie z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej.
9. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz przekazane w trakcie realizacji Programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a), że podanie



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

nieprawdziwych informacji lub zatajenie informacji mających wpływ na przyznanie lub realizację usług asystencji osobistej, w szczególności dotyczących korzystania przeze mnie z usług asystencji osobistej u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej lub nakładania się godzin wsparcia, może skutkować utratą prawa do udziału w Programie, wstrzymaniem realizacji usług asystencji osobistej, obowiązkiem zwrotu środków związanych z nienależnie uzyskanym wsparciem, a w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów prawa – zgłoszeniem sprawy do właściwych organów.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam przyjęcie karty zgłoszenia do Programu:.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie wraz z oznaczeniem realizatora Programu, data)

***Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027 należy dołączyć kopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia wymagane jest dołączenie kopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności zawierającego łącznie wskazania określone w pkt 7 i 8, tj. konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.**