

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 oponowa – 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.....
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) osoba wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

16. Czy jest Pan(i) 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** ☐

17. Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w placówce opiekuńczo – wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

II. ŚRODOWISKO:

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

.....

.....

.....

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:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- a) ubieranie **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- 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) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐.

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

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – (za osobą samotnie 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 codzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- 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 osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobą samotnie 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** ☐;

- 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) **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** ☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- f) 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 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 2025.
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 których mowa w części IV ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale 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 wytechnieniowej 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(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 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.

KLAUZULA INFORMACYJNA – uczestnicy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. ws. ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję:	
Administrator danych osobowych	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu z siedzibą przy ul. Wrocławskiej 250, 63-800 Gostyń, tel. 65 300 22 40, e-mail: mgops@gostyn.pl
Inspektor danych osobowych	Z inspektorem ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się pod adresem: Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 250, 63-800 Gostyń, e-mail: iod@mgopsgostyn.pl
Cele przetwarzania danych osobowych	• przyjęcie zgłoszenia do udziału w programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, • realizacja usług objętych Programem, • wypełnienie obowiązku archiwizacji dokumentów.
Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	• art. 6 ust. 1 lit. e) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g) RODO w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, • art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zakresie wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, • art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców	Dane osobowe mogą być udostępniane współpracującej kancelarii prawnej, podmiotom dostarczającym systemy informatyczne, podmiotom realizującym świadczenie usług w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, podmiotom, którym powierzono przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów. Pani/Pana dane osobowe mogą być także przekazane organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, nie stanowią jednak one odbiorców danych w rozumieniu przepisów RODO (np. Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewodzie Wielopolskiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzorczych).
Informacje o zamiarze przekazania danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Jeśli jednak zaistnieje powyższa potrzeba, administrator przekaze dane osobowe zapewniając odpowiedni poziom ich ochrony stosując odpowiednie przepisy prawa.
Okres przechowywania danych osobowych lub kryteria ustalenia tego okresu	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, w jakich zostały zebrane, a następnie przez okres wskazany w rzeczowym wykazie akt obowiązującym u administratora – 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
Prawa osób, których dane dotyczą	Posiada Pani/Pan prawo do: 1. dostępu do swoich danych osobowych, 2. sprostowania swoich danych osobowych, 3. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 4. przenoszenia danych osobowych do innego administratora, 5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, 6. wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (danych przetwarzanych na podstawie art. 6 ust.1 lit. a) RODO, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO), z zastrzeżeniem, że niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniu ze względu na podstawę prawną przetwarzania danych osobowych.
Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Obowiązek podania danych osobowych	Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi udział w programie.
Profilowanie danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.