KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2026

I. DANE WNIOSKODAWCY DO PROGRAMU:	
Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon kontaktowy	
Data urodzenia	
Status na rynku pracy	
II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO WNIOSKODAWCY (JEŻELI DOTYCZY):	
Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny	**Tak** ☐ **Nie** ☐
Imię i nazwisko opiekuna prawnego	
Adres	☐ Taki sam jak Wnioskodawcy ☐ Inny:
Telefon kontaktowy	
III. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:	
Grupa/stopień niepełnosprawności	
Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności	☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa); ☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ zaburzenia psychiczne ☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną?	

Zadanie realizowane w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, pn.: Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
Źródłem finansowania Programu są środki pochodzące z Funduszu Solidarnościowego na 2026 rok.

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?	**Tak** ☐ **Nie** ☐
IV. ŚRODOWISKO WNIOSKODAWCY:	
Czy porusza się Pan(i) **w domu**	☐ samodzielnie ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Czy porusza się Pan(i) **poza miejscem zamieszkania**	☐ samodzielnie ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?	**Tak** ☐ **Nie** ☐
Jeśli **tak** to jakiego typu wsparcie?	
Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	**Tak** ☐ **Nie** ☐
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** ☐
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]	

[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).

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?	
Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?	

V. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA

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

Płeć	**Kobieta ☐ Mężczyzna ☐**
Wiek	
Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności	
Czy wskazuje Pan(i) asystenta?	**Tak ☐ Nie ☐**
Imię i nazwisko wskazanego asystenta	
Numer telefonu wskazanego asystenta	
W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?	
Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?	

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

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

VI. ZAKRES CZYNNOŚCI ASYSTENTA - 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:		
ubieranie	**Tak ☐**	**Nie ☐**
korzystanie z toalety	**Tak ☐**	**Nie ☐**
mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	**Tak ☐**	**Nie ☐**
czesanie	**Tak ☐**	**Nie ☐**
golenie	**Tak ☐**	**Nie ☐**
wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	**Tak ☐**	**Nie ☐**
obcinanie paznokci rąk i nóg	**Tak ☐**	**Nie ☐**
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 ☐**
zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń	**Tak ☐**	**Nie ☐**
zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	**Tak ☐**	**Nie ☐**
przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	**Tak ☐**	**Nie ☐**
słanie łóżka i zmiana pościeli	**Tak ☐**	**Nie ☐**
2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:		
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 ☐**
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 ☐**
mycie okien, maksymalnie 2 razy w roku – wyłącznie 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	**Tak ☐**	**Nie ☐**

(posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)	
utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)	**Tak ☐ Nie ☐**
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 ☐**
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:	
pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	**Tak ☐ Nie ☐**
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 ☐**
pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	**Tak ☐ Nie ☐**
asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	**Tak ☐ Nie ☐**
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:	
obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	**Tak ☐ Nie ☐**
wyjście na spacer	**Tak ☐ Nie ☐**
asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	**Tak ☐ Nie ☐**
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 ☐**
pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy	**Tak ☐ Nie ☐**
wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	**Tak ☐ Nie ☐**
notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	**Tak ☐ Nie ☐**

pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.	**Tak ☐** **Nie ☐**
wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	**Tak ☐** **Nie ☐**
w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	**Tak ☐** **Nie ☐**

VII DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC	
Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia?	**Tak ☐** **Nie ☐**
Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych: (jaka instytucja: np. MOPR, prywatnie opłacana osoba)	
Jeśli tak, to z których form pomocy wnioskodawca jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?	
Czy do tej pory korzystał(a) 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: …….
Czy uczęszcza Pan(i) do placówki wsparcia dziennego?	(np. warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy) **Tak ☐** **Nie ☐**
Czy jest Pan(i) mieszkańcem domu pomocy społecznej?	**Tak ☐** **Nie ☐**
Czy jest Pan(i) objęty(a) usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi?	**Tak ☐** **Nie ☐**

VIII. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

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. Zapoznałem się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Zapoznałem/am się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Mieście Opolu
5. 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.
6. W przypadku wskazania osoby asystenta w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, oświadczam, że osoba ta:
   a) nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje ze mną, i
   b) jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu

   oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.
7. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta.

8. 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Opolu do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.
IX. PODPIS WNIOSKODAWCY / OPIEKUNA PRAWNEGO WNIOSKODAWCY:
Miejscowość ……., data ……. ……. **/podpis/**

WAŻNE!

Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 należy dołączyć:

1) 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;
2) podpisaną przez Wnioskodawcę klauzulę RODO MOPR;
3) kserokopię wyroku sądu o ubezwłasnowolnieniu (jeżeli dotyczy);
4) kserokopię pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy).