

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

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

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>IV. ŚRODOWISKO WNIOSKODAWCY:</b>		
Czy porusza się Pan(i) <b>w domu</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	
Czy porusza się Pan(i) <b>poza miejscem zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeśli <b>tak</b> to jakiego typu wsparcie?		
Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
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 <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> 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).

<p>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<sup>2</sup>, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim?</p>	
<p>Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?</p>	
<p><b>V. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA</b></p> <p>Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:</p>	
<p>Płeć</p>	<p style="text-align: center;"><b>Kobieta</b> <input type="checkbox"/>      <b>Mężczyzna</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>Wiek</p>	
<p>Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności</p>	
<p><b>Czy wskazuje Pan(i) asystenta?</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Tak</b> <input type="checkbox"/>      <b>Nie</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>Imię i nazwisko wskazanego asystenta</p>	
<p>Numer telefonu wskazanego asystenta</p>	
<p>W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?</p>	
<p>Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?</p>	

<sup>2</sup> 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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>VI. ZAKRES CZYNNOŚCI ASYSTENTA</b> - w jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:		
<b>1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:</b>		
ubieranie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
korzystanie z toalety	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
mycie głowy, mycie ciała, kąpiel	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
czesanie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
golenie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
obcinanie paznokci rąk i nóg	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
słanie łóżka i zmiana pościeli	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:</b>		
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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo 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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
mycie okien, maksymalnie 2 razy w roku – <u>wyłącznie</u> 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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

(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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:</b>		
pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:</b>		
obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
wyjście na spacer	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>VII DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC</b>		
Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
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 <u>innych programów Ministra</u> dotyczących usług asystencji osobistej?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
	<p>Jeżeli <b>Tak</b>, proszę o podanie:</p> <p>a. limitu przyznanych godzin: .....</p> <p>b. limitu wykorzystanych godzin: .....</p> <p>c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane: .....</p>	
Czy uczęszcza Pan(i) do placówki wsparcia dziennego?	<p>(np. warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy)</p> <p>Tak <input type="checkbox"/>      Nie <input type="checkbox"/></p>	
Czy jest Pan(i) mieszkańcem domu pomocy społecznej?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Czy jest Pan(i) objęty(a) usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

## 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 Programuoraz 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(tem/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).