



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



**Karta zgłoszenia do Programu  
pn. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**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 – **Tak**  / **Nie**
11. Czy porusza się Pan(i):

- W domu**       1) samodzielnie     2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.     3) nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



- Poza miejscem zamieszkania**  1) samodzielnie  2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.  3) nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Porusza się Pan(i):

- 1) na wózku inwalidzkim  2) z pomocą laski, balkonika  3) inne: z pomocą .....

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**  / **Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?  
.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak**  / **Nie**

15. Czy zamieszkuje Pan(i) we wspólnym gospodarstwie domowym z inną/innymi osobą/osobami wymagającą/wymagającymi pomocy (osoba w wieku powyżej 65 roku życia, osoba z niepełnosprawnością) – **Tak**  / **Nie**

16. Czy jest Pan(i) rodzicem samotnie wychowującym dziecko? (dotyczy Uczestnika Programu do ukończenia 16. roku życia) – **Tak**  / **Nie**

**II. ŚRODOWISKO:**

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

**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 .....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....  
.....  
.....

6. Z ilu godzin wsparcia chciałby/chciałaby Pan(i) skorzystać:

1) w ramach trwania całego Programu:

a) z maksymalnej liczby godzin przewidzianej w Programie realizowanym przez Miasto Siedlce,

b) z mniejszego wymiaru godzin niż przewidziany w Programie: ..... (proszę podać liczbę godzin);

2) 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) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie** .

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie** .

c) czesanie **Tak**  / **Nie** .

d) golenie **Tak**  / **Nie** .

e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie** .

f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie** .

g) 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** .

h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie** .

i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie** .

j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie** .



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



k) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie** .

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

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie** .
- b) 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** .
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – 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** .



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



- 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie** .
  - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie** .
  - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie** .
  - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** .
  - i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **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:



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną formy 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:

- limitu przyznanych godzin: .....
- limitu wykorzystanych godzin: .....
- nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:  
.....

4. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu pn. *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*? Tak  /Nie
5. Jeśli Tak, to w którym roku? 2020 r. – Tak  /Nie  2021 r. – Tak  /Nie  2022 r. – Tak  / Nie   
2023 r. – Tak  / Nie

6. Czy stale przebywa Pan(i) w domu? Tak  / Nie

7. Czy uczęszcza Pan(i) do:

Warsztatu Terapii Zajęciowej  Tak  / Nie

Zakładu Aktywności Zawodowej  Tak  / Nie

Dziennego Domu Pobytu  Tak  / Nie

Środowiskowego Domu Samopomocy  Tak  / Nie

Inne (jakie?) .....

#### V. OŚWIADCZENIA:

- W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
- Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024*.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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 2023 r. poz. 901), 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. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024* oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość ....., data .....

.....  
podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta osobistego/  
opiekuna prawnego

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....  
podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

\*Do Karty zgłoszenia do Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024* należy dołączyć:

1. Kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024*.
2. Kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci 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



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

3. Oświadczenie o wskazaniu osoby do świadczenia usług asystencji osobistej.
4. Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.