



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



**Karta zgłoszenia do Programu
pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością*
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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 Pana(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**



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



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

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 jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? - **Tak** / **Nie**

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

17. 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?

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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA¹:

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. 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) ubieranie **Tak** / **Nie** ;
- b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** ;
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** ;
- d) czesanie **Tak** / **Nie** ;

¹ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



- 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 osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego oraz posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenie 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego oraz posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią) – 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.) ;



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



- 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 w powrocie z pracy **Tak** / **Nie**



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



- 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 .

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. MOPR, 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:

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

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



4. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Siedlcach? **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** 2024 r. – **Tak** / **Nie**

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania się do Programu wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu pn. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*.
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 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), 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. 12 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 2025* oświadczam, że osoba ta przygotowana jest 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.

Miejscowość, data

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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością (powyższe nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu).

.....

podpis osoby przyjmującej zgłoszenie