

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Adres e-mail: .....
5. Preferowana forma komunikacji: telefon , e-mail , poczta tradycyjna
6. Data urodzenia: .....
7. Status na rynku pracy: .....
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak  / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

9. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
10. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (m.in. 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 ,

11. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

12. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - Tak  / Nie

13. Czy porusza się Pan(i):

- |                                   |  |   |   |
|-----------------------------------|--|---|---|
| <b>W domu</b>                     | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani   |

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - **Tak**  / **Nie**
15. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?  
.....
16. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak**  / **Nie**
17. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniającą warunki o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mającymi możliwości wzajemnego wsparcia ani korzystania ze wsparcia innych osób? – **Tak**  / **Nie**
18. 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<sup>1</sup> - **Tak**  / **Nie**
19. Czy jest Pan(i) osobą, 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 - **Tak**  / **Nie**

## II. ŚRODOWISKO:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA<sup>3</sup>:

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

1. Płeć: .....
2. Wiek:.....

<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).

<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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

<sup>3</sup> Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

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 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 ) - sprzątnięcie mieszkania (dotyczy

- pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), 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 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) - 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 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/korzystał(ła) 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. ilość 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 Organizacji Pozarządowych - edycja 2026.
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:
  - i. 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.),
  - ii. 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. 19 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 6 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - 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 wychowawczej 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. 5 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 Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo 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*

Organizacji Pozarządowych - 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 Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 należy dołączyć 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 wskazaniem określonymi 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.