

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025**

1. Dane uczestnika Programu:

2. Imię i nazwisko:

.....
.....

3. Adres:

.....
.....

4. Telefon kontaktowy:

.....
.....

5. Data urodzenia:

.....
.....

6. Status na rynku pracy:

.....
.....

7. 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 mózgowie; 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 <input type="checkbox"/>	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"/>
--	--	---	---

Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/>	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"/>
--	--	---	---

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. **ŚRODOWISKO:**

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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA [\[1\]](#):

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. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
 1. ubieranie **Tak** / **Nie**
 2. korzystanie z toalety **Tak** / **Nie**
 3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie**
 4. czesanie **Tak** / **Nie**
 5. golenie **Tak** / **Nie**
 6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie**
 7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie**
 8. 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**
 9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie**
 10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie**
 11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie**
 12. ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie**
- wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 1. 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 (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 wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie**
 2. 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**
 3. 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 (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**
4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
 5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
 6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**
 7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
- wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**
 2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** / **Nie**
 3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** / **Nie**
 4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** / **Nie**
 5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** / **Nie**
 6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** / **Nie**
 - wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
 1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie**
 2. wyjście na spacer **Tak** / **Nie**
 3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** / **Nie**
 4. 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**
 5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie**
 6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie**
 7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie**
 8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni **Tak** / **Nie**
 9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**

10. 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**

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 form 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:

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

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 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 2023 r. poz. 901 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 części IV ust. 12 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 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 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 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.

[\[1\]](#) Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

KLAUZULA INFORMACYJNA
do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nurze
z siedzibą: Nur ul. Drohiczyńska 2,07-322 Nur

Administrator powołał Inspektora
Ochrony Danych oraz udostępnia
jego dane kontaktowe: adres e-mail : iod@gminanur.pl

Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Podstawą przetwarzania Pana/i danych osobowych są przepisy:

- 6 ust. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)
- Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025, realizowany na podstawie art. 13 ust 9 i 10 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 296 ze zm.).

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:

Pana/i dane nie są przekazywane innym podmiotom niewymienionym w przepisach prawa.

Okres przechowywania danych:

Dane będą przechowywane zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w jednostce.

Ma Pan/i prawo do:

1. Dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. Usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. Wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. Przenoszenia danych,
5. Wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie przez Pana/ią wymaganych danych jest wymogiem ustawowym.

Pana/i dane nie podlegają systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu