



Załącznik
do Zarządzenia Nr 2/2025
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie
z dnia 10 stycznia 2025 r.

**REGULAMIN
REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025
(zwany dalej „Regulaminem”)**

I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa w Programie koordynowanym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, zwanym dalej „Programem”.
2. Źródłem finansowania Programu są środki ujęte w planie finansowym Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem”, na 2025 rok. Dysponentem środków Funduszu jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.
3. Dla mieszkańców miasta Kutna Program realizuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie, zwany dalej „MOPS w Kutnie”.
4. Okres realizacji Programu: **od 13.01.2025 r. do 14.12.2025 r.**

II. Warunki uczestnictwa w Programie

1. Planowana liczba osób, którym zostanie zapewnione wsparcie, zwanych dalej „uczestnikami” lub „uczestnikami Programu”:
 - co najmniej 92 osoby, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. Uczestnikami Programu mogą być wyłącznie mieszkańcy miasta Kutna.
3. Uczestnikami Programu mogą być:
 - 1) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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;
 - 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
 - c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.



4. Dodatkowym założeniem jest, aby minimum 50% uczestników Programu stanowiły osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, tj.:
 - 1) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - 2) osoby posiadające orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - 3) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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,
 - 4) osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności).
5. Usługi asystencji osobistej będące przedmiotem Programu mogą być świadczone wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

III. Zakres usług świadczonych w ramach Programu

1. Program zapewnia usługi asystencji osobistej świadczone uczestnikom przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”.
2. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
3. Program ma również przyczyniać się do:
 - 1) poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
 - 2) wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienie pomocy adekwatnej do potrzeb;
 - 3) uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.;
 - 4) zwiększenia wsparcia asystenckiego dla uczniów z niepełnosprawnościami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego (z zastrzeżeniem, że usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła lub placówka oświatowa nie zapewnia tej usługi).
4. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
 - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;



- 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
- 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
5. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
6. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
7. Usługi asystencji osobistej mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
8. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być 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 wsparcie analogiczne w stosunku do tego, o którym mowa w ust. 4, finansowane ze środków publicznych.
9. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tę samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
10. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
11. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem zapisów określonych w części IV ust. 2 pkt 4 Regulaminu.
12. Program przewiduje refundację kosztów poniesionych przez asystenta związanych bezpośrednio z realizacją usług asystencji osobistej dotyczących:
 - 1) kosztu zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu - pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja ww. kosztów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 8



- do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. bilet, rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. wydarzenie,
- 2) kosztu zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi – pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja ww. kosztów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. bilet, rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd,
 - 3) kosztu przejazdów asystentów pojazdem własnym/udostępnionym przez osobę trzecią – pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja ww. kosztów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 10 do Regulaminu;
 - 4) kosztu przejazdów asystentów innym środkiem transportu, np. taksówką – pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja ww. kosztów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 8 do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. bilet, rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd.
13. Koszty, o których mowa ust. 12, podlegają zwrotowi w kwocie:
- 1) nie większej niż 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością;
 - 2) nie większej niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.

IV. Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja rozpoczyna się z dniem 13.01.2025 r. i trwa przez cały okres realizacji Programu, o którym mowa w części I ust. 4 Regulaminu, obejmując:
 - 1) zgłoszenie do MOPS w Kutnie potrzeby skorzystania z usług asystenta osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu z zastrzeżeniem pkt 2-3;
 - 2) zgłoszenia, o którym mowa w pkt 1, należy dokonać osobiście w siedzibie MOPS w Kutnie lub pocztą tradycyjną, w wyjątkowych sytuacjach telefonicznie:
 - adres: ul. Warszawskie Przedmieście 10A, 99-300 Kutno;
 - osoba do kontaktu: Małgorzata Czarnecka – starszy inspektor w Zespole Metodyczno-Analitycznym;
 - (24) 253-44-46 wew. 133;
 - 3) przygotowanie dokumentów – osoba zgłaszająca zobowiązana jest do:
 - a) prawidłowego wypełnienia karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu;



- b) przedłożenia kopii dokumentów na potwierdzenie spełniania kryteriów, o których mowa w części II ust. 3 Regulaminu (np. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności);
 - c) prawidłowego wypełnienia karty zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Regulaminu;
 - d) zapoznania się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych w ramach Programu i podpisania formularza, według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do Regulaminu;
- 4) wizytę pracownika socjalnego MOPS w Kutnie w miejscu zamieszkania osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu celem weryfikacji uprawnień do udziału w Programie oraz określenia rodzaju i zakresu godzinowego usług dla danej osoby na podstawie dokonanych ustaleń (m.in. w odniesieniu do sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej, zdrowotnej) – wzór protokołu z wizyty pracownika socjalnego określono w załączniku nr 4 do Regulaminu.
2. Weryfikacja kwalifikacji do uczestnictwa w Programie będzie odbywała się na bieżąco, każdorazowo obejmując:
- 1) posiedzenie komisji powołanej zarządzeniem Dyrektora MOPS w Kutnie celem:
 - a) rozpatrzenia prawidłowo złożonych wniosków o udział w Programie i dokonania kwalifikacji uczestników Programu, z zastrzeżeniem pkt 3-5;
 - b) sporządzenia listy rezerwowej spośród przyjętych zgłoszeń;
 - c) sporządzenia listy osób niekwalifikujących się do udziału w Programie;
 - 2) poinformowanie w formie pisemnej uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego o wynikach posiedzenia komisji, tj. o przyznaniu usług asystencji osobistej oraz przyznanym wymiarze godzin usług asystencji osobistej w danym roku kalendarzowym albo o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem;
 - 3) rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem pkt 4;
 - 4) w Programie określono następujące limity godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynoszące nie więcej niż (z zastrzeżeniem że limit dotyczy godzin usług asystencji osobistej świadczonych w ramach wszystkich programów koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w zakresie usług asystencji osobistej):
 - a) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:



- o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- b) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
- o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- c) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- d) 360 godzin rocznie dla:
- osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - 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;



- 5) przy wyborze uczestników będzie uwzględnione kryterium, o którym mowa w części II ust. 4 Regulaminu.
3. Wnioski o uczestnictwo w Programie będą rozpatrywane zgodnie z kolejnością prawidłowo złożonych wniosków.
4. W przypadku gdy przewidywana liczba godzin przydzielona uczestnikom Programu w ujęciu rocznym osiągnie planowaną liczbę godzin, osoby zostaną wpisane na listę rezerwową według kolejności prawidłowo złożonych wniosków.
5. W przypadku rezygnacji lub wykreślenia uczestnika z Programu komisja, o której mowa w ust. 2 pkt 1, wskazuje osobę z listy rezerwowej do udziału w Programie.

V. Kto może świadczyć usługi asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się: wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
2. Asystentem osoby z niepełnosprawnością może zostać wyłącznie osoba wskazana przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu, lub w oświadczeniu osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025/uczestnika Programu – w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego, według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do Regulaminu.
3. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

VI. Uprawnienia i obowiązki uczestnika Programu

1. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi asystenta osobistego.
2. Uczestnik zobowiązany jest do:
 - 1) korzystania z usług asystenta zgodnie z wytycznymi Programu i niniejszego Regulaminu oraz ogólnie przyjętymi normami współżycia społecznego;



- 2) potwierdzania wykonania usługi w każdym dniu korzystania z niej poprzez złożenie podpisu na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, której wzór określono w załączniku nr 5 do Regulaminu;
- 3) bieżącego informowania MOPS w Kutnie o wszystkich zdarzeniach mogących mieć wpływ na korzystanie ze wsparcia asystenta w ramach Programu lub na realizację usług przez asystenta (z zastrzeżeniem ust. 3):
 - osoba do kontaktu: Małgorzata Czarnecka – starszy inspektor w Zespole Metodyczno-Analitycznym, tel. (24) 253-44-46 wew. 133.
3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować MOPS w Kutnie, w sposób określony w ust. 2 pkt 3, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
4. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej będzie skutkowało zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
5. Usługi asystencji osobistej podlegają doraźnej kontroli i monitorowaniu bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
6. Usługi asystencji osobistej będą realizowane przez asystentów zgodnie z miesięcznym harmonogramem wykonania usług asystencji osobistej ustalonym wspólnie przez MOPS w Kutnie, asystenta oraz uczestnika Programu, według wzoru określonego w załączniku nr 6 do Regulaminu.

VII. Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieuregulowane w Regulaminie będą rozstrzygane m.in. na podstawie Programu.
2. MOPS w Kutnie zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu w każdym czasie.
3. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.



Załączniki:

- 1) karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 2) karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 3) klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 4) protokół z wizyty środowiskowej kwalifikującej do uczestnictwa w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 5) karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 6) harmonogram wykonania usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 7) oświadczenie osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025/uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego;
- 8) ewidencja kosztów dojazdu/biletów na wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/sportowe/społeczne;
- 9) ewidencja biletów komunikacyjnych;
- 10) ewidencja przebiegu pojazdu.

/-/ Grzegorz Chojnacki
Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kutnie



Karta zgłoszenia do Programu

„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/stożek niepełnosprawności:

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta 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**

II. ŚRODOWISKO:

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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA¹:

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

1. Płeć:

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



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:

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) słanie 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 (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** .
- 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 (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.) .
- 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** .

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 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:

- a. limitu przyznanych godzin:
- b. limitu 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, dostępnego m.in. na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie, pod adresem www.mops.kutno.pl, w zakładce – Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2025, oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
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.
6. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/na) z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....

(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 wskazaniem 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.



Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

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

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby

z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
 - a) ubieranie
 - b) korzystanie z toalety
 - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - d) czesanie
 - e) golenie
 - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - g) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę)



l) sianie łóżka i zmiana pościeli .

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 (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 .
- b) 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) .
- 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 (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 .
- 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) .
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go .



g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością .
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym .
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym .
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu .
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami .
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji .
- b) wyjście na spacer .
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. .
- 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 .
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy .



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

Miejscowość,..... dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie z siedzibą przy ul. Warszawskie Przedmieście 10 a, 99-300 Kutno.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mops.kutno.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:
 - a. imię i nazwisko;
 - b. dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
5. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, a także na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429).



6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wnioski.
7. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby z niepełnosprawnościami, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
8. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych.
9. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).
Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
10. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu.
12. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Miejscowość, dnia.....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



**Protokół z wizyty środowiskowej kwalifikującej do uczestnictwa
w ramach Programu „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. Grupa/stopień niepełnosprawności:
6. Czy porusza się Pan(i) z pomocą sprzętów ortopedycznych - **Tak****/Nie**
7. Jeśli tak, to jakiego ?
8. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak****/Nie**
9. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?
.....
10. Jakie czynności wykonuje Pan(i) samodzielnie?
.....
.....
.....
11. Jaka jest Pana(i) sytuacja rodzinna i mieszkaniowa: Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak****/Nie**
a) czy osoby zamieszkujące wspólnie z Panem/Panią są aktywne zawodowo:
.....



.....
.....

b) w jakich czynnościach pomagają Panu/Pani współmieszkańcy:

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

12. Czy ma Pan(i) rodzinę zamieszkującą oddzielnie? - **Tak****/Nie**

13. Czy członkowie Pana(i) rodziny zamieszkujący oddzielnie świadczą na Pana(i) rzecz pomoc? –

Tak**/Nie**

a) Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

.....
.....

14. W jakich czynnościach oczekuje Pan/Pani wsparcia asystenta:

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

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

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

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

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

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis pracownika socjalnego)



**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
31.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2025 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł zł – 300 zł miesięcznie na asystenta, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

** Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Załącznik Nr 6
do REGULAMINU REKRUTACJI I
UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ASYSTENT
OSOBISTY OSOBY Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA
2025

**Harmonogram wykonania usług asystencji osobistej
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Harmonogram wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

Lp.	Planowana data realizacji usług asystenta	Planowana liczba godzin	Planowane godziny usługi (od – do)	Uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



Lp.	Planowana data realizacji usług asystenta	Planowana liczba godzin	Planowane godziny usługi (od – do)	Uwagi
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Lp.	Planowana data realizacji usług asystenta	Planowana liczba godzin	Planowane godziny usługi (od – do)	Uwagi

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....
Data i podpis asystenta

.....
Data i podpis osoby przyjmującej

Załącznik Nr 7
do REGULAMINU REKRUTACJI I
UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ASYSTENT
OSOBISTY OSOBY Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA
2025

Oświadczenie osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025/uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego

- Zmieniam moje wskazanie asystenta osobistego dokonane w:
 - karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025*;
 - w oświadczeniu osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025/uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego*.
- Na asystenta wskazuję Pana/Panią:

.....
(imię i nazwisko wskazanej osoby)

tel.

- Osoba wskazana w pkt 1:
 - nie jest członkiem mojej rodziny, moim opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującymi razem ze mną (na potrzeby realizacji



Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem);

- 2) jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na moją rzecz.

Kutno, dnia

.....
(podpis uczestnika Programu
/opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

* niepotrzebne skreślić



.....
.....
Dane asystenta osoby niepełnosprawnej
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

Załącznik Nr 8
do REGULAMINU REKRUTACJI
I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025

EWIDENCJA KOSZTÓW DOJAZDU/BILETÓW NA WYDARZENIA KULTURALNE/ROZRYWKOWE/SPORTOWE/SPOŁECZNE

za miesiąc 2025

Lp.	Data	Imię i Nazwisko uczestnika programu	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel podróży	Określenie środka transportu <i>(jeśli dotyczy)</i>	Określenie wydarzenia kulturalnego, rozrywkowego, sportowego lub społecznego <i>(jeśli dotyczy)</i>	Koszt zakupu	Nr dokumentu potwierdzającego wydatek np.: bilet, rachunek, paragon, faktura	Podpis asystenta	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Razem										

.....
Data i podpis asystenta



.....
.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc 2025 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6		7	8

.....
Data i podpis asystenta



.....
.....
Dane asystenta osobistej osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2025 r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu * zł gr	Wartość (9)x(10) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Podsumowanie strony												
Do przeniesienia/Z przeniesienia												
Razem												

* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta