



Załącznik
do Zarządzenia Nr 2/2026
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie
z dnia 13 stycznia 2026 r.

**REGULAMIN
REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026
(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 2026, zwanym dalej „Programem”.
2. Źródłem finansowania Programu są środki ujęte w planie finansowym Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem”, na 2026 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 15.01.2026 r. do 13.12.2026 r.**

II. Warunki uczestnictwa w Programie

1. Planowana liczba osób, którym zostanie zapewnione wsparcie, zwanych dalej „uczestnikami” lub „uczestnikami Programu”, wynosi co najmniej 80 osób, 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 zapewnienia 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) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
- 2) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
- 3) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- 4) wsparciu 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 na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.
7. 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.
8. Usługi asystencji osobistej mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
9. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec uczestnika objętego usługami asystencji osobistej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - 1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - 2) usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
 - o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 4, finansowane ze środków publicznych.
10. 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.
11. 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.
12. 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. 9 Regulaminu.
13. Program przewiduje refundację kosztów poniesionych przez asystenta związanych bezpośrednio z realizacją usług asystencji osobistej, o ile



z usługi asystencji osobistej u jednego asystenta w tym samym czasie będzie korzystać jeden uczestnik, dotyczących:

1) kosztu:

- a) zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu - pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja takich biletów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód, w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dokumentujący poniesienie wydatku; w tej samej formie, w celu wykazania przejazdu asystenta, musi zostać udokumentowany fakt przejazdu uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd uczestnika nie jest nieodpłatny, co musi zostać również udokumentowane;
 - b) przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu pojazdem własnym asystenta/udostępnionym przez osobę trzecią - pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja przebiegu pojazdu, według wzoru stanowiącego załącznik nr 10 do Regulaminu; z zastrzeżeniem, że zwrot kosztów nie dotyczy przejazdów środkiem transportu uczestnika oraz środkiem transportu należącym do członków rodziny uczestnika, określonych w części V ust. 2 Regulaminu;
 - c) przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką - pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja kosztów takich przejazdów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 6 do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku, tj. fakturę dokumentującą ww. przejazd; z zastrzeżeniem, że zwrot kosztów nie dotyczy przejazdów środkiem transportu uczestnika oraz środkiem transportu należącym do członków rodziny uczestnika, określonych w części V ust. 2 Regulaminu
- w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz gdy usługi asystencji osobistej będą wykonywane po zakończeniu przejazdu (nie dotyczy przypadku, gdy przejazd następuje do miejsca zamieszkania uczestnika, po zakończeniu wykonywania usługi asystencji osobistej), z zastrzeżeniem, że koszt przejazdu asystenta w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu, jest kosztem kwalifikowalnym wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika;
- 2) zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu - pod warunkiem, że będzie prowadzona ewidencja takich biletów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 8 do Regulaminu, do której należy dołączyć dowód, w formie biletu, rachunku, paragonu, faktury, dokumentujący poniesienie wydatku, w tej



samej formie, w celu wykazania uczestnictwa asystenta w wydarzeniu, musi zostać udokumentowany fakt uczestnictwa w wydarzeniu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile uczestnictwo w wydarzeniu przez uczestnika nie jest nieodpłatne, co musi zostać również udokumentowane

- jeżeli wydatki zostaną faktycznie poniesione w okresie, o którym mowa w części I ust. 4 Regulaminu.

14. Koszty, o których mowa ust. 13, podlegają zwrotowi w kwocie:

- 1) nie większej niż 300 zł miesięcznie na asystenta, gdy koszty te są związane ze świadczeniem usług 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 i przyznania wsparcia w formie usług asystencji osobistej

1. Rekrutacja do udziału w Programie rozpoczyna się z dniem 15.01.2026 r. i trwa do 23.01.2026 r., z zastrzeżeniem ust. 14-15; a kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
 2. Zgłoszenie wniosku o uczestnictwo w Programie osoby spełniającej warunki, o których mowa w części II Regulaminu, mogą dokonać:
 - 1) w siedzibie MOPS w Kutnie, tj. ul. Warszawskie Przedmieście 10A, 99-300 Kutno;
 - 2) za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres, o którym mowa w pkt 1;
 - 3) za pośrednictwem e-Doręczeń na adres: AE:PL-68448-71914-SADDU-34,
- składając, prawidłowo wypełnione - do czego osoba zgłaszająca jest zobowiązana - następujące dokumenty:
 - a) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu,
 - b) kopię dokumentów na potwierdzenie spełniania kryteriów, o których mowa w części II ust. 3 Regulaminu (np. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności),
 - c) kartę zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Regulaminu,
 - d) klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w ramach Programu, według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do Regulaminu, zapoznawszy się z jej treścią przed jej podpisaniem.



3. Wnioski wypełnione nieprawidłowo muszą zostać niezwłocznie uzupełnione przez osobę zgłaszającą się do udziału w Programie.
4. W miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się o wsparcie, o której mowa w ust. 2, przeprowadzana jest wizyta środowiskowa pracownika socjalnego MOPS w Kutnie, z której sporządza się protokół, według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do Regulaminu, mająca na celu weryfikację uprawnień do udziału w Programie oraz dokonanie oceny indywidualnej sytuacji danej osoby w odniesieniu do zbadania:
 - 1) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta;
 - 2) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością;
 - 3) możliwości uzyskania pomocy od innych osób.
5. Kwalifikacja do uczestnictwa w Programie będzie się odbywała za pośrednictwem prac komisji powołanej zarządzeniem Dyrektora MOPS w Kutnie po przedłożeniu jej kompletnej dokumentacji, o której mowa w ust. 2-4.
6. Celem prac komisji, o której mowa w ust. 5, jest:
 - 1) rozpatrzenie prawidłowo złożonych wniosków, o których mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) kwalifikacja do udziału w Programie wraz z rekomendacją przyznania usług asystencji osobistej, w tym określenia propozycji wymiaru godzinowego usług asystencji osobistej, z zastrzeżeniem ust. 7-9;
 - 3) sporządzenie listy rezerwowej spośród przyjętych zgłoszeń;
 - 4) sporządzenie listy osób niekwalifikujących się do udziału w Programie.
7. Komisja, rekomendując przyznanie godzin usług asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:
 - 1) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
 - 2) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki, o których mowa w części II ust. 3 Regulaminu, i niemających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
 - 3) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części II ust. 3 Regulaminu, które przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy;
 - 4) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części II ust. 3 Regulaminu, które przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.



8. Zakres godzinowy usług asystencji osobistej powinien być uzależniony od indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. 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):
 - 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) 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;
 - 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - b) 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) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) 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;
 - 4) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym 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) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

10. Ostateczna decyzja o przyznaniu godzin usług asystencji osobistej oraz określeniu ich zakresu godzinowego pozostaje w gestii Dyrektora MOPS w Kutnie, z zastrzeżeniem warunków określonych w części II ust. 4 Regulaminu, w ust. 7 i w ust. 8 i 9.
11. MOPS w Kutnie poinformuje, w formie pisemnej, uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego o przyznaniu usług asystencji osobistej oraz przyznanym wymiarze godzin usług asystencji osobistej w 2026 roku, a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystencji osobistej albo o wpisaniu go na listę rezerwową albo poinformuje go o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. W przypadku gdy przewidywana liczba godzin przydzielona uczestnikom Programu w ujęciu rocznym – zgodnie z procedurą określoną w ust. 5-11 – zostanie w pełni rozdysponowana, osiągając planowaną liczbę godzin, osoby nieobjęte dotychczas pomocą w postaci usług asystencji osobistej, zostaną wpisane na listę rezerwową.
13. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających z pomocy w formie usług asystencji osobistej, o którym mowa w części II ust. 1 Regulaminu, MOPS w Kutnie w pierwszej kolejności przyznaje usługi asystencji osobistej osobom wpisanym na listę rezerwową, o której mowa w ust. 12, z uwzględnieniem warunków określonych w części II ust. 4 Regulaminu, w ust. 7 i w ust. 8 i 9. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej.
14. Jednocześnie w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług asystencji osobistej, wpisanych na listę rezerwową, lub w przypadku gdy MOPS w Kutnie pomimo przyznania usług asystencji osobistej osobom znajdującym się na liście rezerwowej nadal posiada wolne miejsca do udziału w Programie, MOPS w Kutnie ogłasza uzupełniający nabór uczestników do Programu.
15. W przypadku ogłoszenia naboru uzupełniającego, o którym mowa w ust. 14, dyspozycje zapisów ust. 5-11 stosuje się odpowiednio.

V. Warunki względem osoby mającej świadczyć usługi asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem, z zastrzeżeniem ust. 2-5.
2. 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.



3. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, finansowanych ze środków Funduszu, dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej, ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.
4. **Asystentem osoby z niepełnosprawnością może zostać wyłącznie osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego** (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie):
 - 1) w części III ust. 4 karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu, lub
 - 2) w oświadczeniu uczestnika Programu – w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego, według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do Regulaminu
 - przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.
5. 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, 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 realizowane w ramach Programu usługi asystencji osobistej.
2. Uczestnik zobowiązany jest do:
 - 1) korzystania z usług asystencji osobistej zgodnie z wytycznymi Programu i niniejszego Regulaminu oraz ogólnie przyjętymi normami współżycia społecznego;
 - 2) potwierdzania wykonania usługi asystencji osobistej każdorazowo, gdy jest ona na jego rzecz świadczona, poprzez złożenie podpisu na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, 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 w formie usług asystencji osobistej w ramach Programu lub na realizację usług asystencji osobistej przez asystenta (z zastrzeżeniem ust. 3):
 - osoba do kontaktu: Małgorzata Czarnecka – starszy inspektor w Zespole Metodyczno-Analitycznym, tel. (24) 253-44-46 wew. 133, adres e-mail: asystent@mops.kutno.pl.
3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji osobistej albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 roku 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, w którym nastąpiła zmiana.
4. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w 2026 roku z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w 2026 roku, o ile przewidywana liczba godzin przydzielona uczestnikom Programu w ujęciu rocznym, o której mowa w części IV ust. 12 Regulaminu, nie zostanie w pełni rozdysponowana, osiągając planowaną liczbę godzin. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w 2026 roku godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu bądź innych programów, koordynowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
 5. Świadczenie usług asystencji osobistej podlega monitorowaniu i doraźnym kontrolom, które są dokonywane i dokumentowane w formie pisemnej bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.

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 2026;
- 2) karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 3) klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 4) protokół z wizyty środowiskowej kwalifikującej do uczestnictwa w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 5) karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 6) ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką, ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 7) oświadczenie uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego;
- 8) ewidencja biletów na wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/ sportowe/społeczne w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 9) ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- 10) ewidencja przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

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



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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; 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 (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - **Tak** / **Nie**
 11. Czy porusza się Pan(i):



W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych

**Poza miejscem
zamieszkania**

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych

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 zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? - **Tak** / **Nie**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniacie warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie macie możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystacie ze wsparcia innych osób? - **Tak** / **Nie**

16. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka¹? - **Tak** / **Nie**

17. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce², gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

¹ 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).

² Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.



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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA³:

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:

³ Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupelnienie nie jest konieczne.



- 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) - sprzątanie 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 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 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:
 - a) 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.),
 - b) 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. 17 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



2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - 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 wytchnieniowej 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. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.

6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 16 albo 17 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 16 albo ust. 17 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie (*podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- 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.
8. 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. 1802 z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.
9. W przypadku wskazaniu osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, mającego świadczyć usługi asystencji osobistej na rzecz małoletniego, którego jestem rodzicem lub opiekunem prawnym, oświadczam, że dokonane przeze mnie pisemne wskazanie osoby asystenta jest równoznaczne z pisemną akceptacją osoby asystenta.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



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 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 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.



Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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:

- 5) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
- m) ubieranie
 - n) korzystanie z toalety
 - o) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - p) czesanie
 - q) golenie
 - r) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - s) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - t) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - u) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - v) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - w) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
 - x) sianie łóżka i zmiana pościeli



6) 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) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
- 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) ;
- 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 ;
- 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) .

7) 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 .
- 8) 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 ;
- k) inne:

Miejscowość, dnia

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

.....
(Podpis realizatora Programu)



Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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 2026, 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 2026, 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 wniosek.
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 2026 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 2026**

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Czy porusza się Pan(i) z pomocą sprzętów ortopedycznych - **Tak**/**Nie**

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

7. Jakie czynności wykonuje Pan(i) samodzielnie (określenie poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością)?

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

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

9. Czy korzysta Pan(i) ze wsparcia innych osób (określenie możliwości uzyskania pomocy od innych osób)? – **Tak**/**Nie**

a) Jeżeli tak, to z czyjego wsparcia i w jakim zakresie Pan(i) korzysta?

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



10. W jakich czynnościach oczekuje Pan/Pani wsparcia asystenta (określenie potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta)?

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

11. Czy korzysta Pan(i) z usług opiekuńczych? - **Tak**/**Nie**

a) Jeżeli tak, to w jakiej liczbie godzin miesięcznie?

12. Czy korzysta Pan(i) ze specjalistycznych usług opiekuńczych? - **Tak**/**Nie**

a) Jeżeli tak, to w jakiej liczbie godzin miesięcznie?

13. Czy korzysta Pan(i) ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi? - **Tak**/**Nie**

a) Jeżeli tak, to w jakiej liczbie godzin miesięcznie?

Miejscowość, data

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

.....
(Podpis pracownika socjalnego dokonującego weryfikacji uprawnień do udziału w Programie)

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2026**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddo.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

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



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
29.							
30.							

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2026 r. wyniosła godzin.

Łączne koszty jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu, kosztów przejazdów asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu własnym/udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu oraz przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósł zł (nie więcej niż 300 zł miesięcznie, jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością, albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na asystenta, pod warunkiem że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz jeżeli 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 ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:

- Ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;

- Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;

- Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

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

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką
ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

za miesiąc 2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data przejazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)
1	2	4	5	6		7	8

.....
Data i podpis asystent



Oświadczenie uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego

1. Zmieniam moje wskazanie asystenta osobistego dokonane w:
 - a) karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 albo
 - b) w oświadczeniu uczestnika Programu - w zakresie zmiany wskazania asystenta osobistego.

2. Na asystenta wskazuję Pana/Panią:

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

tel.

.....

3. Oświadczam, że osoba wskazana w pkt 1 spełnia warunki określone w części V ust. 1-5.
4. Oświadczam, że w przypadku wskazaniu osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, mającego świadczyć usługi asystencji osobistej na rzecz małoletniego, którego jestem rodzicem lub opiekunem prawnym, oświadczam, że dokonane przeze mnie pisemne wskazanie osoby asystenta jest równoznaczne z pisemną akceptacją osoby asystenta.

Kutno, dnia

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

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



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

EWIDENCJA BILETÓW NA WYDARZENIA KULTURALNE/ROZRYWKOWE/ SPORTOWE/SPOŁECZNE
za miesiąc 2026

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

.....
Data i podpis asystenta

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

**Ewidencja biletów komunikacyjnych
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

za miesiąc 2026 r.*

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

*Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych. W tej samej formie, w celu wykazania, musi zostać udokumentowany fakt przejazdu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd przez uczestnika nie jest nieodpłatna, co musi zostać również udokumentowane.

.....
Data i podpis asystenta

.....

.....

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2026 r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/ asystenta/ osoby trzeciej - wskazać)	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 asystent