

Zarządzenie Nr 4/2026
Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy
z dnia 23 stycznia 2026 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026

Na podstawie § 4 pkt. 1 ppkt. f Statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy, stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Gminy Wiązownica Nr XXXII/206/2025 z dnia 30 grudnia 2025 r. w zmiany Statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy oraz art. 18 ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r., poz. 1214 z zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się Regulamin rekrutacji i udziału w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiący załącznik do zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Pani Małgorzacie Żelazko – osobie odpowiedzialnej za merytoryczną obsługę Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.


Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Wiązownicy
mgr Marta Kruk – Kędzior

Definicja pojęć:

1. **Regulamin** – regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wiązownicy.
2. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pt. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowany przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiązownicy.
3. **Realizator Programu** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiązownicy ul. Warszawska 15, 37-522 Wiązownica.
4. **Wnioskodawca** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie, na podstawie zasad ujętych w Programie i niniejszym Regulaminie.
5. **Uczestnik Programu** – Wnioskodawca zakwalifikowany do uczestnictwa w Programie, zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym regulaminie.
6. **Usługi asystenckie** – udzielenie indywidualnego wsparcia przez asystenta osobie z niepełnosprawnością w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu codziennym.
7. **Asystent** – osoba świadcząca usługę asystencji osobistej.
8. **Adresaci Programu** – mieszkańcy Gminy Wiązownica.
9. **Koordinator Programu** – pracownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy.
10. **Opiekun** – opiekun faktyczny, opiekun prawny, rodzic zastępczy.

Rozdział I

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowanego przez Realizatora Programu.
2. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, zgodnie z założeniami ogłoszonymi przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnością.
3. Celem Programu jest wsparcie osób z niepełnosprawnością poprzez świadczenie usług asystencji osobistej.
4. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
5. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem.
6. Program realizowany jest do dnia 31.12.2026 r.

Rozdział II

Warunki uczestnictwa

1. Adresatami Programu są:
 - a) osoby posiadające aktualne orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
 - 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,
 - b) dzieci od ukończenia 2. Roku życia do ukończenia 16. Roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w orzeczeniu w pkt. 7 i 8 – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze

znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego udziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

2. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona. Złożenie Karty zgłoszeniowej wraz z dokumentami wymaganymi nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się Kandydata do Programu.

Rozdział III

Zasady i termin rekrutacji

1. Rekrutacja prowadzona będzie w terminie od 23.01.2026 r. do 30.01.2026 r.
2. Dokumenty zgłoszeniowe należy złożyć:
 - w formie papierowej w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy, ul. Warszawska 15, 37-522 Wiązownica.
 - pocztą tradycyjną,
 - elektroniczną EPUAP, E-doręczenia.
3. Wymagane dokumenty:
 - a) wypełniona Karta zgłoszenia do Programu stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu (zgodnie z załącznikiem nr 7 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026), (dotyczy wszystkich);
 - b) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy osób dorosłych);
 - c) kserokopia orzeczenia ze wskazaniem pkt. 7 i 8 (dotyczy osób niepełnoletnich);
 - d) wypełniony druk zakresu czynności - załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu (zgodnie z załącznikiem nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026), (dotyczy wszystkich);
 - e) podpisana klauzula informacji RODO – załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu (zgodnie z załącznikiem nr 16 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026), (dotyczy wszystkich);



- f) oświadczenie rodzica lub opiekuna o niekorzystaniu ze wsparcia asystenta w placówce szkolnej (dotyczy osób niepełnoletnich).

Rozdział IV

Kryteria uczestnictwa

1. Zgłoszenia będą oceniane indywidualnie na podstawie spełnionych warunków.
2. Złożenie Karty zgłoszenia do programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi asystenckiej.
3. W przypadku stwierdzenia braku kompletu złożonych dokumentów wnioskodawca ma obowiązek dostarczyć brakujące dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia powiadomienia o brakach.

W przypadku niedostarczenia uzupełnionych dokumentów w wyznaczonym terminie, złożona Karta nie będzie rozpatrywana.

4. Dokumentacja rekrutacyjna nie podlega zwrotowi.
5. Decyzja o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu nie wymaga wydania decyzji administracyjnej.
6. W ramach weryfikacji wniosków pracownik GOPS w Więzownicy może przeprowadzić wywiad w miejscu przebywania osoby z niepełnosprawnością i zweryfikować dane podane w złożonym wniosku.
7. W przypadku dużej liczby zgłoszeń przekraczającej limit dostępnych środków, Realizator dokona wyboru uczestników w oparciu o punktację premiującą, uwzględniającą sytuację rodzinną i społeczną kandydata:
 - a) Prowadzenie samodzielnego gospodarstwa domowego – punkty przyznawane osobom samotnie zamieszkującym i gospodarującym, które ze względu na brak wsparcia ze strony osób wspólnie zamieszkujących (wsparcie naturalne), wymagają pomocy asystenta w realizacji podstawowych potrzeb życiowych i społecznych. – 5 pkt.
 - b) Ograniczone możliwości wsparcia wewnątrzrodzinnego – premiowane są osoby, które mimo posiadania rodziny, nie mogą liczyć na jej codzienne wsparcie w czynnościach samoobsługowych i społecznych (np. z powodu pracy zawodowej członków rodziny, ich

- zamieszkiwania w innej miejscowości lub sprawowania opieki nad innymi osobami zależnymi). – 3 pkt.
- c) Wsparcie dziecka z rodziny o szczególnych potrzebach opiekuńczych – premiowane są wnioski dotyczące dzieci wychowujących się w rodzinach, w których orzeczenie o niepełnosprawności posiada więcej niż jedno dziecko lub gdzie rodzice/opiekunowie posiadają znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, co ogranicza ich możliwości w zapewnieniu dziecku aktywnego spędzania czasu wolnego. – 3 pkt.
- d) Aktywność społeczna lub zawodowa kandydata - punkty przyznaje się, jeżeli usługa asystencji ma służyć wsparciu uczestnika w podejmowaniu lub kontynuowaniu aktywności zawodowej, edukacji formalnej i pozaformalnej, a także w aktywnym uczestnictwie w życiu kulturalnym, sportowym i społecznym, co stanowi kluczowy element rehabilitacji społecznej. – 4 pkt.
- e) Niskie dochody lub korzystanie z pomocy społecznej - punkty przyznawane osobom, których dochód nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej, lub które w roku poprzedzającym złożenie wniosku korzystały ze świadczeń pomocy społecznej ze względu na trudną sytuację bytową. – 5 pkt.
8. W przypadku uzyskania równej liczby punktów, o kolejności zakwalifikowania decyduje stopień niepełnosprawności (pierwszeństwo dla stopnia znacznego ze sprzężeniami), a następnie data złożenia wniosku.
9. Realizator Programu poinformuje w formie pisemnej, uczestnika Programu o przyznaniu usługi asystenckiej oraz wymiarze godzin, prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystencji osobistej.
10. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.

Rozdział V

Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

1. Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością może zostać osoba wskazana przez Uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego.
2. Asystentem może być osoba pełnoletnia, która:

- a) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością,
 - b) nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością,
 - c) nie zamieszkuje z osobą z niepełnosprawnością.
3. W przypadku, gdy Asystent wskazany przez Uczestnika Programu nie spełnia warunków Programu, Asystenta wskazuje Realizator Programu.

W przypadku wskazania przez Realizatora Programu, asystent powinien posiadać:

- a) Dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub
 - b) Posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami poprzez wolontariat.
4. 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 asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.
5. Do zadań asystenta będą należeć m. in.:
- a) Wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - b) Wsparcie uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego;
 - c) Wsparcie uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - d) Wsparcie uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.

Zakres czynności przyznanych usług asystencji osobistej, określony jest w Karcie zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z

niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Wzór powyższej karty stanowi załącznik nr 2 niniejszego Regulaminu.

Rozdział VI

Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:
 - a) korzystania z usług asystencji w wymiarze i zakresie ustalonym przez Realizatora Programu,
 - b) bycia traktowanym przez asystenta z szacunkiem;
 - c) wymagania od asystenta świadczenia usług w sposób sumienny oraz wykonywać czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - d) zachowania przez asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej uczestnika lub jego członków;
 - e) otrzymywania informacji o nieobecności asystenta lub jego zastępstwie;
 - f) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości usług świadczonych na jej rzecz;
2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:
 - a) współpracy z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wiązownicy oraz asystentem przy realizacji usługi asystenckiej;
 - b) wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie usługi asystenckiej w Programie „Asystent osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz niniejszym regulaminie;
 - c) umożliwienie asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach celem realizacji usługi asystenckiej;
 - d) podpisanie własnoręcznym podpisem na karcie realizacji Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 – załącznik nr 4 niniejszego Regulaminu;
 - e) przekazywania Realizatorowi Programu i Asystentowi informacji o planowanych a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących braku możliwości realizacji usługi asystenckiej;

- f) informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usługi asystenckiej np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystania z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra, nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany.

Zarówno Uczestnik Programu jak i Asystent jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora Programu o sytuacjach mających wpływ na realizację usług asystenckich, w szczególności o zmianie stanu zdrowia tj. pobytu w szpitalu, sanatorium, wyjeździe do rodzinny itp.;

Uczestnik Programu w każdej chwili ma prawo zrezygnować z udziału w Programie, składając pisemną rezygnację ze wskazaniem daty zakończenia udziału do Realizatora Programu.

Rozdział VII

Rozliczanie i monitoring usług asystencji osobistej

1. Usługi asystenckie świadczone przez asystentów rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług – załącznik nr 4 niniejszego Regulaminu.
3. Uczestnik Programu jak i Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług.
4. Na prośbę Realizatora Programu, Asystent ma obowiązek niezwłocznie dostarczyć Kartę realizacji usług.
5. Miesięcznemu rozliczeniu i wypłacie podlegać będą jedynie pełne godziny usług asystenckich.
6. Realizator Programu zobowiązany jest dokonywania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej w miejscu realizacji usługi.

Rozdział VIII

Postanowienia końcowe

1. Realizator Programu zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów, załączników według wzorów określonych w Programie, nie ujętych niniejszym Regulaminem, mających na celu usprawnienie i prawidłowe rozliczanie świadczonych usług.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem mają zastosowanie zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
3. W uzasadnionych przypadkach Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. W sprawach nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzje podejmuje Realizator.

Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. Karta zakresu czynności usługi asystenckiej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
3. Klauzula informacyjna RODO.
4. Karta realizacji usługi asystenckiej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
5. Oświadczenie.
6. Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem oraz programem i ich akceptacji.





Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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. ³ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.



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:

- 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 wychowawczej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo ust. 19 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam (podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla 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.

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.



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej

**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:

- 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) stanie 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, 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) ☐.

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 ☐.
- k) inne:

Miejscowość, dnia



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

.....
(Podpis realizatora Programu)

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1), zwanego dalej „RODO” informują, że:

1. Administratorem danych osobowych jest: **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiązownicy, ul. Warszawska 15, 37-522 Wiązownica.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wiązownicy, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu ckg@tokarczykipartnerz.pl
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 1. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze;
 2. realizacji zadań statutowych;
 3. w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 1. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 2. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wiązownicy przetwarzają dane osobowe.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - o prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - o prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych,
 - o prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym),
 - o prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - o prawo do przenoszenia danych,
 - o prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

9. Dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy. Administrator jednocześnie informuje, że w celu ochrony danych przed ich utratą zostały wdrożone odpowiednie procedury.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej

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

Karta realizacji usług asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddo2026 r.
(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.							
4.							
5.							
6.							



7.									
8.									

9.									
10.									
11.									

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

12.			
13.			
14.			
15.			

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, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi 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 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.



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej

OŚWIADCZENIE

(Oświadczenie dotyczące osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez opiekuna prawnego)

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Zamieszkały/a

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, oświadczam co następuje:

(właściwe podkreślić)

1. Samodzielne gospodarstwo domowe:

- ☐ prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe – samotnie zamieszkuję i gospodaruję ze względu na brak wsparcia ze strony wspólnie zamieszkujących,
- ☐ nie prowadzę samodzielnie gospodarstwa domowego.

2. Wsparcie:

- ☐ mam możliwość wsparcia wewnątrzrodzinnego,
- ☐ nie mam możliwości wsparcia wewnątrzrodzinnego ze względu na pracę zawodową pozostałych członków rodziny/ lub zamieszkiwanie w innej miejscowości/ lub sprawowanie opieki nad innymi osobami zależnymi.

3. Dotyczy wsparcia dziecka z rodziny o szczególnych potrzebach opiekuńczych:

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności posiada więcej niż jedno dziecko/lub opiekun posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności.
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności posiada jedno dziecko/lub opiekun nie posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności.

4. Aktywność zawodowa:

- ☐ uczestnik programu podjął lub kontynuuje aktywność zawodową, edukację formalną i poza formalną, aktywnie uczestniczy w życiu kulturalnym, sportowym i społecznym,



- ☐ uczestnik programu nie podjął lub nie kontynuuje aktywności zawodowej, edukacji formalnej i poza formalnej, nie uczestniczy aktywnie w życiu kulturalnym, sportowym i społecznym.

5. Sytuacja materialna rodziny:

- ☐ dochód rodziny nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej / w roku poprzednim korzystałem/łam ze świadczeń z pomocy społecznej ze względu na trudną sytuację bytową.
- ☐ dochód rodziny przekracza ustawowe kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej / nie korzystałem/łam ze świadczeń z pomocy społecznej ze względu na trudną sytuację bytową.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kandydata lub opiekuna prawnego)

Pouczenie art. 233 Kodeksu Karnego

§ 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.



§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej

Wiązownica, dnia

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM ORAZ PROGRAMEM I ICH AKCEPTACJI

Ja, niżej podpisany/podpisana*, oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania:

- Regulaminu do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 stanowiący załącznik do zarządzenia nr 4/2026 z dnia 23.01.2026 r.
- Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026.

Jestem świadom/świadoma* odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

Podpis Uczestnika/ Asystenta

*niepotrzebne

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY



Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu, - adres e-mail.

Kategoria osób

Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026.

Źródło pozyskania danych osobowych

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:



- art. 6 ust. 1 lit. c RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generатора Funduszu Solidarnościowego, tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl>, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; • prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego; - w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.