



Regulamin rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Miasto Marki

Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r., poz. 1848 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2025 r., poz. 1214 ze zm.);
- Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

§1 Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:

- 1) dzieci od 2. do 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
- 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 913).

2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”. Usługi asystencji osobistej polegają na wsparciu osoby z niepełnosprawnością w:
 - 1) wykonywaniu czynności samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wykonywaniu czynności związanych prowadzeniem gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - 3) przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - 4) podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Marki.
4. Program będzie prowadzony do 31 grudnia 2026 r.
5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach, zwany dalej Ośrodkiem.
6. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Funduszu Solidarnościowego.

§2 Rekrutacja do Programu

1. W 2026 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 36 osób, w tym:
 - 1) 6 dzieci w wieku od 2. do 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
 - 2) 30 osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - d) o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi – 8 osób,
 - e) o znacznym stopniu niepełnosprawności – 12 osób,



- f) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi – 4 osoby,
 - g) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 6 osób.
2. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych w Programie w 2026 r.
3. Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.
4. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być osoby spełniające kryteria formalne, tj.:
- 1) zamieszkujące miasto Marki; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;
 - 2) dzieci w wieku od 2. do 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 oraz osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub dokument równoważny; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;
 - 3) osoby, które w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie korzystają z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia zawartego w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.



5. Usługi asystencji osobistej będą przyznawane na podstawie Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oraz na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
6. Ocena indywidualnej sytuacji uczestnika powinna odnosić się do zbadania/weryfikacji:
 - 1) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
 - 2) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
 - 3) możliwości uzyskania pomocy od innych osób.
7. Przy przyznawaniu usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnione zostaną 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 par. 1 ust. 1 i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - 3) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w par. 1 ust. 1, które przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), 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 par. 1 ust. 1, 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. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta zgodnie z zasadami ujętymi w punktach 5-7.



9. Dokumenty, o których mowa w par. 2 ust. 4, należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. Kościuszki 39a, 05-270 Marki, w godzinach urzędowania lub w formie elektronicznej za pośrednictwem eDoręczeń.
10. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny.
11. Nabór osób chętnych do udziału w Programie jest prowadzony od dnia 12.02.2026 r. do dnia 04 marca 2026 r.
12. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.
13. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających ze wsparcia asystenta osobistego, realizator Programu w pierwszej kolejności przyznaje usługi asystencji osobistej osobom wpisanym na listę rezerwową, z uwzględnieniem postanowień pkt 5-7. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej. Jednocześnie, w przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy pomimo przyznania usług asystencji osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal istnieją wolne miejsca w Programie, zostanie ogłoszony nabór uzupełniający uczestników do Programu.

§3 Zasady uczestnictwa

1. Osoba z niepełnosprawnością lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby:
 - 1) posiadające 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;
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami,



- np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu;
- 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu; przygotowane do świadczenia usług asystencji osobistej na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.
3. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.
4. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonka, wstępni oraz zstępni małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
5. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 punkt 1 i 2.
6. 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 r. poz. 1802, z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.
7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w mieście Marki w 2026 roku wynosi nie więcej niż:



- 1) 705 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 520 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 3) 300 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - 4) 280 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnością:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 - b) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.
8. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.
9. Szczegółowo zakres usług asystencji osobistej osoba wyraża poprzez wypełnienie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu. 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.
10. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą 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. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę z niepełnosprawnościami oświadczenia w formie, o której mowa wyżej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby z niepełnosprawnościami ubiegającej się o usługę asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.
12. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
13. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnościami, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
14. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnościami i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby z niepełnosprawnościami.
15. Asystent ewidencjonuje usługi asystencji osobistej na podstawie miesięcznej karty realizacji usług asystenckich.

§4 Postanowienia końcowe

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w mieście Marki.
2. Osoba może korzystać z usług asystencji osobistej na terenie innej gminy lub innego powiatu niż gmina lub powiat właściwe ze względu na jej miejsce zamieszkania, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.
3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik obowiązany jest niezwłocznie poinformować realizatora Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.



4. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra, będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w danym roku kalendarzowym godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu bądź innych programów Ministra, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
5. Ośrodek zastrzega sobie prawo do monitorowania świadczenia usług asystencji osobistej oraz dokonywania doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej.
6. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
7. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.



Załącznik numer 1

do Regulamin rekrutacji i realizacji „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Miasto Marki

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 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**

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.



II. ŚRODOWISKO:

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

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 _____

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** ;

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



- 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.) **Tak** / **Nie**
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**
 - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**



- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** / **Nie** ;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** / **Nie** ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** / **Nie** ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** / **Nie** ;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie** ;
 - b) wyjście na spacer **Tak** / **Nie** ;
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** / **Nie** ;
 - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** / **Nie** ;
 - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie** ;
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** ;
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** ;
 - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
 - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;
 - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** / **Nie** .
8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**



IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:
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 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

.....
(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 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.



KLAUZULA INFORMACYJNA

OSOBY KORZYSTAJĄCE Z PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Administrator Danych Osobowych

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Markach (05-270), przy ul. Kościuszki 39A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres,
- telefonicznie, pod nr. telefonu: **22 771 30 23**,
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: ops@marki.pl.

Inspektor Ochrony Danych

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem „IOD”),
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: iod@opsmarki.pl.

Źródło danych

Dane osobowe (Imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy, data urodzenia, wykształcenie, zawód wyuczony, status na rynku pracy, grupa/stopień niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności, dysfunkcje) mogliśmy u zyskać od osoby, która zgłosiła Pana/Panią do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów,
- realizacji obowiązków wynikających z art. 6 ust 1 lit e RODO, w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej oraz z art. 9 ust. 2 lit. g RODO - przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647) .

Odbiorcy danych

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda Mazowiecki, dostawcy usług pocztowych, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami, w związku ze świadczeniem usług:

- hostingowych,
- dostawcy rozwiązań informatycznych oraz oprogramowania,
- podmioty świadczące dla nas usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.

Okres retencji danych

Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres:

- 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.

Przysługujące prawa

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

Dobrowolność podania danych

Podanie danych jest niezbędne do udziału w projekcie