Załącznik nr 3 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

**Karta zgłoszenia do Programu   
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych   
– edycja 2025**

## 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 ……………………………………………………………………….…………..……………………..…

1. Grupa/stopień niepełnosprawności: ….………………………………………………………………………………………………………….
2. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
   1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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 ,
3. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………
4. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak  / Nie**
5. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu ☐** | 1. samodzielnie | 1. z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 1. nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |
| **Poza miejscem zamieszkania** | 1. samodzielnie | 1. z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 1. nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |

1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie

**Tak  / Nie**

1. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? **Tak  / Nie**
2. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

## Środowisko

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

## OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-1):

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

1. Płeć: ……………………………….
2. Wiek:………………………………..
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

……….…………………………………………………………………………………………………

1. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? **Tak  / Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

……………………………………………………………………………………………..……………..

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

..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

………………………………………………………………………………………..……………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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:
      1. ubieranie **Tak  / Nie ;**
      2. korzystanie z toalety **Tak  / Nie** ;
      3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak  / Nie** ;
      4. czesanie **Tak  / Nie** ;
      5. golenie **Tak  / Nie** ;
      6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak  / Nie** ;
      7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak  / Nie** ;
      8. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło/fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak  / Nie** ;
      9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak  / Nie** ;
      10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak  / Nie** ;
      11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)

**Tak  / Nie** ;

* + 1. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak  / Nie** .
  1. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
     1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak  / Nie** ;
     2. dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak  / Nie** ;
     3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak  / Nie** ;
     4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
     5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni   
        (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak  / Nie** ;
     6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak  / Nie** ;
     7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak  / Nie** .

1. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak  / Nie** ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym   
      i głuchoniemym **Tak  / Nie** ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak  / Nie** ;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak  / Nie** ;
   6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta  **Tak  / Nie** .
2. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak  / Nie** ;
   2. wyjście na spacer **Tak  / Nie** ;
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak  / Nie** ;
   4. załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie   
      z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie   
      w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak  / Nie** ;
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak  / Nie ;**
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak  / Nie** ;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak  / Nie** ;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. **Tak  / Nie** ;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby   
      z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   10. w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak  / Nie** .

8. Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak  / Nie**

## DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

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

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków

Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? **Tak  / Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

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

…………………………………………………………….……….

## OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

(Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 13 Programu finansowane ze środków publicznych.

1. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 5 pkt 1 i 2 Programu.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

……………………………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych

– edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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.

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-1)