Powiat Makowski/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Makowie Mazowieckim
ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Maz.
tel. (29) 71-72-187, e-mail: sekretariat@pcpr-makowski.pl

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

I. DANE WNIOSKUJĄCEGO O UDZIAŁ W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2027, ZWANEGO DALEJ „PROGRAMEM":

1. Imię i nazwisko: ……
2. Data urodzenia: ……
3. Adres zamieszkania: ……
4. Telefon kontaktowy: ……
5. Telefon alternatywny - w razie nagłych sytuacji: ……
6. Adres e-mail: ……
7. Preferowana forma komunikacji (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję*): telefon ☐, e-mail ☐, poczta tradycyjna ☐
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **TAK ☐ / NIE ☐**

Jeżeli **TAK**, proszę podać jego dane:

8.1 Imię i nazwisko opiekuna: ……

8.2 Telefon kontaktowy opiekuna: ……

8.3 Adres e-mail opiekuna: ……

II. INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

1. Rodzaj dokumentu (*można zaznaczyć jedną opcję*):
   1) ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
   2) ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
   3) ☐ orzeczenie równoważne (*orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w pkt 1 i 2, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*)
   4) ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia)
2. Numer orzeczenia: ……
3. Data ważności: ……

4. Niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, w którym wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności):*

   1) ☐ TAK

   2) ☐ NIE

Jeżeli **TAK**, proszę wskazać rodzaje niepełnosprawności wynikające z orzeczenia:

……..
……..

III. OPIS SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

1. W których z poniższych obszarów potrzebuje Pan(i) wsparcia w ramach usług asystencji osobistej (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję*)?

   1) ☐ czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej

   2) ☐ wykonywanie codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie

   3) ☐ przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania (*jeżeli opcja ta została zaznaczona, należy uzupełnić ust. 4 poniżej*)

   4) ☐ komunikowanie się z innymi osobami, w tym wyrażanie swoich potrzeb oraz rozumienie i przekazywanie informacji

   5) ☐ uczestnictwo w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)

   6) ☐ inne (*jakie?*): ……..

      ……..

2. Proszę krótko opisać swoją sytuację oraz okoliczności mające wpływ na potrzebę korzystania z usług asystencji osobistej:

……
……
……
……
……
……

3. Jakie trudności w codziennym funkcjonowaniu powodują, że potrzebuje Pan(i) wsparcia asystenta osobistego:

……
……
……
……
……
……

4. W jakich sytuacjach i w jakim zakresie potrzebuje Pan(i) wsparcia podczas przemieszczania się poza miejsce zamieszkania:

……

……

5. Kto obecnie udziela Panu(i) wsparcia (*można zaznaczyć więcej niż jedną opcję, z wyjątkiem przypadku zaznaczenia pkt 1) - nikt*):

   1) ☐ nikt

   2) ☐ rodzina

   3) ☐ osoby niespokrewnione wspólnie zamieszkujące

   4) ☐ sąsiedzi

   5) ☐ ośrodek pomocy społecznej (OPS)/centrum usług społecznych (CUS)/powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR)/ miejski ośrodek pomocy rodzinie (MOPR)

   6) ☐ osoba świadcząca usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze

   7) ☐ organizacja pozarządowa

   8) ☐ placówka typu ŚDS, ZAZ, WTZ, COM itp.

   9) ☐ inne (*proszę opisać w pkt 5.1 i 5.2*)

5.1. Jeżeli korzysta Pan(i) obecnie ze wsparcia, proszę opisać, na czym ono polega oraz jak często jest udzielane:

……

……

……

……

……

5.2. Jeżeli wcześniej korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia, proszę wskazać, jakie to były formy, kto je zapewniał oraz czy nadal Pan(i) z nich korzysta. Jeżeli już nie korzysta, proszę krótko wskazać przyczynę zakończenia korzystania z tego wsparcia:

……

……

……

……

……

5.3 Jak ocenia Pan(i) dotychczas otrzymywane wsparcie? Proszę wskazać, które jego formy odpowiadały Pana(i) potrzebom, a które nie, oraz krótko wyjaśnić dlaczego:

……

……

……

……

……

IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

1. Proszę wskazać preferencje dotyczące osoby asystenta, które mają dla Pana(i) znaczenie przy korzystaniu z usług asystencji osobistej[1]:

1) Płeć: …….
2) Wiek:……..
3) Inne preferencje, np. dotyczące umiejętności, doświadczenia, sposobu komunikowania się lub zainteresowań:

……
……

2. Czy wskazuje Pan(i) osobę, którą proponuje Pan(i) jako asystenta?[2] **TAK ☐ / NIE ☐**

Jeżeli **TAK**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu, adres e-mail:

……

……

3. Proszę określić, w jakich dniach tygodnia i godzinach potrzebne będzie wsparcie asystenta:

……

……

……

4. Oczekiwana liczba godzin usług asystencji osobistej miesięcznie:

……. godzin.

5. Czy jest Pan(i) w stanie przekazać asystentowi niezbędne wskazówki dotyczące sposobu udzielania Panu(i) wsparcia? **TAK ☐ / NIE ☐**

6. Czy obecnie korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, w ramach Programu u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwanego dalej „Ministrem" dotyczących usług asystencji osobistej?

TAK ☐ / NIE ☐

Jeżeli **TAK**, proszę o podanie:

1) liczby przyznanych godzin: ……
2) liczby wykorzystanych godzin: ……

[1] Wskazanie płci i wieku asystenta jest opcjonalne.

[2] W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika albo jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień części IV ust. 4 pkt 2 lit. a Programu. Wskazanie osoby asystenta przez uczestnika albo jego opiekuna prawnego, nie stanowi bezwarunkowej podstawy dla zaakceptowania tej osoby przez realizatora Programu. Realizator Programu może odmówić zaakceptowania wskazanej przez uczestnika albo jego opiekuna prawnego osoby w przypadku, gdy w odniesieniu do proponowanej osoby nie są spełnione warunki formalne dotyczące asystenta, występują okoliczności zagrażających bezpieczeństwu uczestnika, miały miejsce nieprawidłowości w wykonywaniu usług asystencji osobistej lub podane zostały nieprawdziwe informacje.

3) nazwy realizatora Programu (gminy, powiatu, organizacji pozarządowej), który realizuje na Pana(i) rzecz usługi asystencji osobistej:

……..

7. Czy w 2027 roku korzystał(a) Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

TAK ☐ / NIE ☐

Jeżeli **TAK**, proszę o podanie:

1) liczby przyznanych godzin: ……

2) liczby wykorzystanych godzin: ……

3) nazwy realizatora Programu (gminy, powiatu, organizacji pozarządowej), który realizował na Pana(i) rzecz usługi asystencji osobistej:

……..

8. Czy w 2027 roku będzie Pan(i) aplikować o przyznanie usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego również u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra, dotyczących usług asystencji osobistej:

TAK ☐ / NIE ☐

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PIERWSZEŃSTWA:

1. Proszę wskazać, która z poniższych sytuacji Pan(i) dotyczy* (*proszę zaznaczyć jedną odpowiedź*):

1) ☐ zamieszkuję i gospodaruję samotnie i nie korzystam ze wsparcia innych osób

2) ☐ wspólnie zamieszkuję i gospodaruję z inną osobą z niepełnosprawnością, spełniającą warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu, przy czym nie mamy możliwości wzajemnego wpierania się oraz nie korzystamy ze wsparcia innych osób

3) ☐ przebywam w rodzinnej pieczy zastępczej, w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 980), tj. jestem dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) albo w rodzinnym domu dziecka[3]

4) ☐ przebywam w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. jestem dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce[4], w której wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim

5) ☐ żadna z powyższych sytuacji mnie nie dotyczy.

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

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

*Podana informacja będzie podlegała weryfikacji przez realizatora Programu w trakcie oceny indywidualnej sytuacji.

VI. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora Programu świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027.
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 jednocześnie 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 2026 r. poz. 639, z późn. zm.),
   b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

   - o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 18 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części IV ust. 2 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu oświadczam, że osoba ta:
   a) jest pełnoletnia,
   b) nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu,
   c) nie jest moim opiekunem prawnym,
   d) nie jest moim kuratorem,
   e) nie jest osobą sprawującą nade mną rodzinną pieczę zastępczą (rodzicem zastępczym albo osobą prowadzącą rodzinny dom dziecka),
   f) nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą,
   g) nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej lub opieki wytchnieniowej,
   h) 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 V ust. 1 pkt 3 albo 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków określonych w tych punktach.

7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam)/będę korzystał(a) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam ……. (*nazwa podmiotu, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu*) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust. 6, 7 i 8 niniejszej Karty, u realizatora Programu, przez którego usługi te są/były/będą dla mnie realizowane.
8. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania podmiotu określonego w ust. 7, o każdej zmianie dotyczącej korzystania przeze mnie z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, mającej wpływ na ustalenie liczby przysługujących mi godzin usług lub możliwość nakładania się godzin ich realizacji. Przyjmuję do wiadomości, że podmiot określony w ust. 7, ma prawo do wezwania mnie w każdym czasie do potwierdzenia informacji o korzystaniu przeze mnie z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej.
9. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz przekazane w trakcie realizacji Programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a), że podanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie informacji mających wpływ na przyznanie lub realizację usług asystencji osobistej, w szczególności dotyczących korzystania przeze mnie z usług asystencji osobistej u innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej lub nakładania się godzin wsparcia, może skutkować utratą prawa do udziału w Programie, wstrzymaniem realizacji usług asystencji osobistej, obowiązkiem zwrotu środków związanych z nienależnie uzyskanym wsparciem, a w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów prawa – zgłoszeniem sprawy do właściwych organów.

Miejscowość ……., data ……..

……..

(*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*)

Potwierdzam przyjęcie karty zgłoszenia do Programu:

……..

(*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie wraz z oznaczeniem realizatora Programu, data*)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027 należy dołączyć kopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia wymagane jest dołączenie kopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności zawierającego łącznie wskazania określone w pkt 7 i 8, tj. konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.