

ZARZĄDZENIE NR 14/2026

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku

z dnia 19 lutego 2026 r.

w sprawie określenia Zasad przyjmowania zgłoszeń w związku z realizacją Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Na podstawie § 2 Uchwały nr XVIII/288/25 z dnia 20 października 2025 r. Rady Miasta Białystok w sprawie realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz postanowień Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 zarządzam co następuje:

§ 1

Określam „Zasady przyjmowania zgłoszeń w związku z realizacją Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, stanowiące załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierzam Zastępcom Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku

§ 3

Zarządzenie wchodzi z dniem podpisania.

[Signature]

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku
[Signature]
mgr Agnieszka Górską

Nie wnoszę zastrzeżeń
formalno-prawnych

Białystok, dn. 2026-02-19

RADCA PRAWNY

[Signature]
Agata Bielska
BL-481

ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

[Signature]
mgr Jolanta Perkowska

**ZASADY PRZYJMOWANIA ZGŁOSZEŃ W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ
PROGRAMU MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA
JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

Realizacja Programu będzie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego. Za udział w Programie Uczestnik nie ponosi odpłatności.

§ 1

Słownik pojęć

1. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra.
2. **Minister** – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
3. **MOPR** – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku z siedzibą w Białymstoku, ul. Malmeda Icchoka 8.
4. **Zasady** – zasady przyjmowania zgłoszeń w związku z realizacją przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
5. **Realizator usług** – organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy, wyłonione w otwartym konkursie ofert, zapewniające mieszkańcom Białegostoku usługi asystenckie świadczone przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
6. **Kandydat** – osoba, która złożyła wymagane dokumenty rekrutacyjne, ale nie została jeszcze zakwalifikowana do udziału w Programie.
7. **Uczestnik** – osoba, której pisemną informacją Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku lub innej osoby upoważnionej przyznano usługi asystencji osobistej w ramach Programu.
8. **Asystent** – asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością, z którym realizator usług zawarł umowę na świadczenie uczestnikom usług asystenckich.
9. **Usługi asystenckie** – usługi asystencji osobistej świadczone przez asystentów osobistych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, polegające na wspieraniu uczestnika w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
10. **Zespół** - Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług asystenckich powołany odrębnym zarządzeniem Dyrektora MOPR.

§ 2

Informacje ogólne

1. Celem Programu jest zwiększenie szans osób z niepełnosprawnościami na

- prowadzenie bardziej niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia.
2. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
 3. Dyrektor MOPR, odrębnym zarządzeniem może powołać, składający się z pracowników zaangażowanych w realizację Programu, Zespół ds. oceny indywidualnej sytuacji Kandydatów i przyznania usług asystenckich.
 4. Podstawę realizacji Programu stanowią warunki określone w Programie, ogłoszenie o naborze wniosków w ramach Programu, zaakceptowany przez Wojewodę Podlaskiego wniosek Miasta Białystok na środki finansowe z Programu oraz niniejsze Zasady.
 5. Usługi asystenckie świadczone będą do dnia 10.12.2026r.

§ 3

Adresaci Programu

1. Adresatami Programu są zamieszkujące na terenie Miasta Białystok:
 - 1) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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.
2. Zgodnie z zaakceptowanym przez Wojewodę Podlaskiego wnioskiem Miasta Białystok przewiduje się objęcie usługami asystenckimi następującą liczbę osób w poszczególnych kategoriach niepełnosprawności:
 - 1) znaczny + sprzężony – 20 os. (nie więcej niż 840 godzin/osobę),
 - 2) znaczny - 25 os. (nie więcej niż 720 godzin/osobę),
 - 3) umiarkowany + sprzężony - 10 os. (nie więcej niż 480 godzin/osobę),
 - 4) umiarkowany - 10 os. (nie więcej niż 360 godzin/osobę),
 - 5) dzieci – 14 os. (nie więcej niż 360 godzin/osobę)

§ 4

Zasady rekrutacji i przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Rekrutacja do Programu oraz przyznanie usług asystenckich należy do kompetencji Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Icchoka Malmeda 8.
2. Wykonanie przyznanych usług asystenckich należy do realizatora usług, z którym Miasto Białystok zawarło umowę na zapewnienie mieszkańcom Białegostoku usług asystenckich świadczonych przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
3. Ogłoszenie o naborze zostanie zamieszczone:
 - 1) na stronie internetowej <https://www.mopr.bialystok.pl>
 - 2) na tablicach ogłoszeń w siedzibie MOPR przy ulicy Malmeda Icchoka 8, 15-440

- Białystok i innych lokalizacjach,
- 3) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Białymstoku.
 4. Składanie dokumentów rekrutacyjnych jest możliwe w terminie od dnia **20.02.2026r.** do dnia **02.03.2026 r.**
 5. Dokumenty rekrutacyjne złożone przed i po terminie określonym w ust. 4 zostaną pozostawione bez rozpatrzenia.
 6. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wyniki naboru uczestników do Programu.
 7. Dokumenty rekrutacyjne będą dostępne na stronie internetowej: www.mopr.bialystok.pl, w zakładce Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością oraz papierowo w siedzibie MOPR ul. Malmeda 8.
 8. Dokumenty należy złożyć w wybranej formie:
 - 1) w siedzibie MOPR przy ul. Malmeda 1cchoka 8, kancelaria I piętro pokój nr 1: poniedziałek w godzinach 8⁰⁰-16³⁰, od wtorku do piątku w godzinach 7³⁰-15⁰⁰,
 - 2) przesyłką pocztową na adres Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Malmeda 1cchoka 8, 15-440 Białystok,
 - 3) elektronicznie e-Doręczenia: AE:PL-84815-64281-TIUGR-21.
 9. Komplet dokumentów stanowią:
 - 1) Karta zgłoszenia do Programu - załącznik nr 1 do niniejszych Zasad,
 - 2) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu - załącznik nr 2 do niniejszych Zasad,
 - 3) klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku stanowiąca - załącznik nr 3 do niniejszych Zasad,
 - 4) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – umożliwiającego weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu),
 - 5) oryginał lub odpis pełnomocnictwa notarialnego lub kserokopia zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora (oryginał do wglądu) - jeżeli dotyczy,
 10. Dokumenty rekrutacyjne muszą być podpisane:
 - 1) w przypadku osoby dorosłej przez tę osobę lub jej pełnomocnika lub kuratora dla osoby niepełnosprawnej,
 - 2) w przypadku osoby niepełnoletniej odpowiednio przez rodzica, opiekuna zastępczego lub opiekuna prawnego;
 - 3) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo odpowiednio przez opiekuna prawnego lub kuratora.
 11. W karcie zgłoszenia Kandydat może wskazać asystenta (imię, nazwisko, numer telefonu) z zastrzeżeniem ust. 12.
 12. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby pełnoletnie niebędące:
 - 1) członkami rodziny uczestnika (tj. wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem),
 - 2) uczestnikami programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej,
 - 3) opiekunami prawnymi uczestnika,
 - 4) osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem.
 13. Braki formalne w dokumentacji rekrutacyjnej (dokumentacja niekompletna lub

- niepodpisana) i nie uzupełnione w terminie wskazanym przez MOPR, spowodują pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
14. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyznaniem usługi asystenckiej.
 15. Dokumentacja rekrutacyjna będzie przechowywana w MOPR, zgodnie z obowiązującymi przepisami i nie podlega zwrotowi.
 16. Rekrutacja zostanie przeprowadzona w następujących etapach:
 - 1) składanie przez Kandydatów dokumentów rekrutacyjnych do Programu,
 - 2) ocena formalna i merytoryczna (weryfikacja kompletności dokumentacji),
 - 3) ocena indywidualnej sytuacji Kandydata (zbadanie) w miejscu zamieszkania przez pracownika socjalnego Zespołu Pracowników Socjalnych w zakresie:
 - potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej usługi asystenckiej,
 - poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
 - możliwości uzyskania pomocy od innych osób,w oparciu o formularz wywiadu w domu klienta na potrzeby realizacji Programu – załącznik nr 4 do niniejszych Zasad,
 - 4) posiedzenie Zespołu / ustalenie listy głównej Uczestników - osób zakwalifikowanych do udziału w Programie / ustalenie listy rezerwowej Uczestników - w przypadku rezygnacji z udziału w Programie lub niewykorzystania przyznanych godzin usługi asystenckiej przez Uczestnika, na jego miejsce może zostać zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej pod warunkami określonymi w Programie / ustalenie listy osób niezakwalifikowanych do Programu,
 - 5) poinformowanie Kandydatów w formie pisemnej o wynikach naboru tj. przyznaniu usługi asystenckiej, wpisaniu na listę rezerwową lub odmowie przyznania usługi asystenckiej,
 - 6) kontakt realizatora usług z poszczególnymi Uczestnikami, którym przyznano usługi asystenckie.
 17. Uczestnikowi Programu może być przyznana mniejsza liczba godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu w związku dokonaniem oceny indywidualnej sytuacji Uczestnika.
 18. Kandydat jest zobowiązany do poinformowania w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji osobistej w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby niepełnosprawnej, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej).

§ 5

Kryteria premiujące

1. Na potrzeby rekrutacji ustalono następujące kryteria premiujące mające wpływ na przyznanie usługi asystenckiej w pierwszej kolejności:
 - 1) osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób,
 - 2) osoba z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniająca warunki, o których mowa w § 2 ust. 1 i nie mające możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystające ze wsparcia innych osób,

- 3) osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (na orzeczeniu są wskazane 2 lub 3 symbole przyczyn niepełnosprawności),
 - 4) osoba z niepełnosprawnością, o której mowa w § 2 ust. 1, która przebywa 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,
 - 5) osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
 - 6) osoba posiadająca umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
 - 7) dziecko od 2 do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu,
2. Ustalenia Zespołu będą decydujące o przyznaniu usługi asystencji osobistej.
 3. Wnioski osób korzystających z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej mogą zostać rozpatrzone odmownie.

§ 6

Rezygnacja z udziału w Programie

1. Uczestnik ma prawo w każdej chwili zrezygnować z udziału w Programie.
2. Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie, jest zobowiązany niezwłocznie pisemnie lub elektronicznie poinformować o tym MOPR i realizatora usług wskazując datę zakończenia usługi.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Zastrzega się prawo do wniesienia zmian do Zasad lub wprowadzenia dodatkowych postanowień.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Zasadach ostatecznie decyduje Dyrektor MOPR.

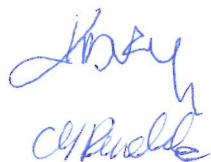
Załączniki do Zasad:

Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do Programu,

Załącznik nr 2 – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu,

Załącznik nr 3 - Klauzula informacyjna RODO Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku,

Załącznik nr 4 – Formularz wywiadu w domu Uczestnika na potrzeby realizacji Programu (wypełnia pracownik MOPR).



ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Jolanta Perkowska

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Agnieszka Górską

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** ☐

II. ŚRODOWISKO:

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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA³:

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

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

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

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.

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 wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 16 albo 17 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 16 albo ust. 17 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, ul. Icchoka Malmeda 8, 15-440 Białystok** (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.


ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku
mgr Jolanta Perkowska

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku
mgr Agnieszka Górską

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)

Kowalski
Chudło
ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Jolanta Perkowska

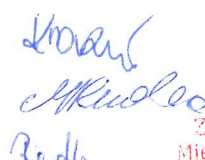
DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Agnieszka Górską

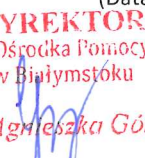
Klauzula informacyjna Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku
dotycząca przetwarzania danych osobowych w ramach programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Zgodnie z art. 13 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”, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku, zwany dalej MOPR
2. Siedziba Administratora:
ul. Malmeda Icchoka 8, 15-440 Białystok, nr tel. 85 879 79 50, adres e-mail: sekretariat@mopr.bialystok.pl
3. Inspektor Ochrony Danych:
Katarzyna Podleśna,
kontakt pod adresem e-mail: iod@mopr.bialystok.pl
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w MOPR na podstawie przepisów prawa, które określa art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. c i lit. g RODO.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z przyjęciem Państwa zgłoszenia do udziału w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 i tym samym w celu realizacji Programu i wynikających z niego obowiązków, co jest zadaniem realizowanym w interesie publicznym.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie prowadzącym statutową działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami wyłonionym w konkursie z którymi Miasto Białystok podpisało umowę na realizację zadania publicznego z zakresu działań na rzecz osób niepełnosprawnych w 2026r., a także innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom wspierającym MOPR w wypełnianiu obowiązków, w tym zapewniających obsługę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.
Pani/Pana dane mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Podlaskiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru.
Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.
7. 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.
8. W związku z przetwarzaniem przez MOPR, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.
9. W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.
10. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MOPR Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, tel. 22 531-03-00
11. 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.


ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Jolanta Perkowska

.....
(Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)
DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Agnieszka Górka

Formularz wywiadu w domu Kandydata na potrzeby realizacji Programu

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

Ocena indywidualna sytuacji Kandydata 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 - 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:

5. Czy porusza się:

1) W domu ☐.

- a) samodzielnie ☐
 - b) z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
 - c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
- 2) Poza miejscem zamieszkania ☐
- a) samodzielnie ☐
 - b) z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
 - c) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
6. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – Tak ☐ / Nie ☐

7. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

8. Czy jest osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? - Tak ☐ / Nie ☐

9. Czy jest 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 ☐

10. Czy jest 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 ☐

11. Czy jest 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 ☐

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

.....

.....

.....

13. Czy do tej pory korzystał(a) z innych form wsparcia? Tak ☐ / Nie ☐

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 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.

14. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta 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 realizowane:

.....

15. Kryteria premiujące mające wpływ na przyznanie usługi asystenckiej w pierwszej kolejności:

- 1) osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób Tak ☐ / Nie ☐
- 2) osoba z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniająca warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mające możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystające ze wsparcia innych osób Tak ☐ / Nie ☐
- 3) osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (na orzeczeniu są wskazane 2 lub 3 symbole przyczyn niepełnosprawności) Tak ☐ / Nie ☐
- 4) osoba z niepełnosprawnością, o której mowa w części III ust. 2, która przebywa 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 Tak ☐ / Nie ☐
- 5) osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności lub dokument równoważny Tak ☐ / Nie ☐
- 6) osoba posiadająca umiarkowany stopień niepełnosprawności lub dokument równoważny Tak ☐ / Nie ☐
- 7) dziecko od 2 do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu Tak ☐ / Nie ☐
- 8) osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności związane z dysfunkcją wzroku lub ruchu pod warunkiem, że niepełnosprawność jest niepełnosprawnością główną Tak ☐ / Nie ☐
- 9) do poruszania się Uczestnika poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie Tak ☐ / Nie ☐

Ocena dokonana przez pracownika MOPR

Ocena indywidualna w zakresie:

- a) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta (krótki opis):

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

Przyznane punkty (od 0 do 5) -

gdzie **0** – nie wymaga, **5**- bardzo potrzebne wsparcie

- b) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością (krótki opis):

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

Przyznane punkty (od 0 do 5) -

gdzie **0** – osoba samodzielna, **5**- brak samodzielności

- c) możliwości uzyskania pomocy od innych osób (krótki opis):

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

Przyznane punkty (od 0 do 5) -

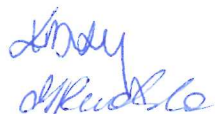
gdzie **0** – brak pomocy innych osób, **5**- korzysta z pomocy innych osób

SUMA (a+b+c)

Miejscowość, dnia

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

.....
(Podpis pracownika socjalnego)



ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Jolanta Perkowska

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku

mgr Agnieszka Górska