

## KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025

### **WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPR**

Numer karty: .....

Organizacja: .....

Łączna ilość przyznanych godzin w 2025 roku: .....

### **I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Telefon kontaktowy	
Status na rynku pracy	
Adres zamieszkania	Ulica:
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:

### **II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI DOTYCZY):**

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres osoby z niepełnosprawnością
	Ulica
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:

### **III. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

Grupa/stopień niepełnosprawności	
----------------------------------	--

Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> dysfunkcje o podłożu neurologicznym <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/> pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>IV. ŚRODOWISKO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:</b>	
W domu porusza się Pan(i):	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. jakich? ..... <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan(i):	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. jakich? ..... <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli <b>tak</b> , to jakiego typu wsparcie?
Czy jest Pani(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pani(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?	
<b>V. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:</b>	
Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek:
	Inne (np.: zainteresowania, posiadane umiejętności):

Czy wskazuje Pan(i) asystenta?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli <b>tak</b> , proszę podać jego: imię i nazwisko: ..... numer telefonu: .....
Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?	
Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?	..... godzin miesięcznie
<b>VI. INFORMACJE DODATKOWE:</b>	
Aktywność zawodowa:	osoba pracująca, prowadząca działalność gospodarczą, uczęszczająca na kursy zawodowe lub szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	osoba ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy uczęszcza Pan(i) do placówki wsparcia dziennego?	(np. warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan(i) objęty(a) usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

# ZAKRES CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent:

## 1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- ubieranie,
- korzystanie z toalety,
- mycie głowy, mycie ciała, kąpiel,
- czesanie,
- golenie,
- wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu,
- obcinanie paznokci rąk i nóg,
- zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku,
- zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń,
- zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,
- przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę),
- sianie łóżka i zmiana pościel.

## 2. Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- 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,
- 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),
- 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
- utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, golarka, etc.),
- pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawaniu i odbiorze z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością),
- podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go,
- 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:**

- pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością,
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym,
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym,
- pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z autobusu, samochodu i innych środków transportu,
- asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami,
- transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.

### **4. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**

- obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń
- wyjście na spacer
- asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
- 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,
- pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy,
- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się,
- notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze,
- pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.,
- wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
- w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Białystok, dnia .....

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....  
(data i czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby składającej Kartę zgłoszenia w jej imieniu)

## **VII. OŚWIADCZENIA:**

### **1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a):**

- a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- b) z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- c) z treścią Klauzuli Informacyjnej RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu Realizacji Programu.

### **2. Oświadczam że:**

- a) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- b) 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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych,
- c) w przypadku wskazania osoby asystenta w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, osoba ta przygotowana jest do świadczenia mi usług asystencji osobistej oraz posiada minimum 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
- d) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....  
(data i czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby składającej oświadczenia w jej imieniu)

**WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY MOPR**

**Czy osoba korzysta z innych form wsparcia w MOPR?** – wypełnia pracownik socjalny

Tak       Nie

Jeżeli **Tak**, proszę wskazać z jakich .....

.....  
Podpis pracownika socjalnego

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

Tak       Nie

Jeżeli **Nie**, proszę wskazać przyczynę .....

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie