



Regulamin Rekrutacji i Realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026 w Gminie Jeżowe

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.
2. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
3. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.
4. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 skierowany jest do mieszkańców Gminy Jeżowe
5. Jednostką realizującą Program jest Gmina Jeżowe/Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeżowie.
6. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której Adresatami są:
 - 1) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
 - 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) 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

7. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, która ma na celu pomoc uczestnikom Programu m. in. w wykonywaniu codziennych czynności. Usługi asystencji osobistej mogą w szczególności polegać na pomocy asystenta w:

- 1) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
- 2) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
- 3) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- 4) wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

8. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej określa załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

§2

Rekrutacja do Programu

1. Usługami asystencji planowane jest objęcie 9 osób z niepełnosprawnościami i OPS Jeżowe zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Jeżowe w Programie.
2. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która złoży w siedzibie OPS Jeżowe we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj.:
 - 1) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, który stanowi załącznik nr 7 do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
 - 2) kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

3. Termin zgłoszeń do Programu będzie umieszczony na stronie internetowej OPS Jeżowe.
4. Dokumenty będzie można składać osobiście lub za pomocą poczty tradycyjnej na adres Ośrodka Pomocy Społecznej w Jeżowie, 37-430 Jeżowe z dopiskiem na kopercie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością- edycja 2026”.
5. Za datę złożenia dokumentów przyjmuje się datę wpływu dokumentów do Ośrodka Pomocy Społecznej w Jeżowie.
6. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać Koordynator Programu wyznaczony przez Kierownika OPS Jeżowe. Dokonywać będzie on też indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością zgodnie z Kartą Oceny Stanu Kandydata.
7. Usługa asystencji osobistej przyznana zostaje 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 poprzez weryfikację:
 - 1) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
 - 2) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
 - 3) możliwości uzyskania pomocy od innych osób.
8. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
9. O pierwszeństwie zakwalifikowania do Programu decyduje najwyższa liczba punktów uzyskana w ocenie indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
10. Po zakwalifikowaniu Uczestników Programu i osiągnięciu limitu osób, kolejne zainteresowane osoby, które spełniają kryteria kwalifikowalności wpisywane będą na listę rezerwową zgodnie z uzyskaną punktacją.
11. Wszystkie osoby spełniające warunki przystąpienia do Programu, które nie zostały zakwalifikowane w pierwszej kolejności, będą wpisane na listę rezerwową.
12. W przypadku braku listy rezerwową lub wyczerpania osób z listy rezerwową nabór zostanie ogłoszony ponownie.



13. OPS Jeżowe obowiązany jest poinformować, w formie pisemnej osobę niepełnosprawną lub jej opiekuna prawnego o odmowie przyznania jej wsparcia wraz z uzasadnieniem.
14. OPS Jeżowe sporządzi listę rezerwową kandydatów do Programu, którzy nie zakwalifikowali się w pierwszym okresie realizacji.
15. W sytuacji, gdy wyczerpana zostanie lista osób z listy rezerwowej nabór zostanie ogłoszony ponownie.
16. W przypadku niewystarczającej liczby osób zakwalifikowanych do Programu ogłaszany będzie na stronie internetowej Ośrodka kolejny termin uzupełniający rekrutacji.
17. Rekrutacja będzie składała się z następujących etapów:
 - ETAP I – złożenie dokumentów w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej,
 - ETAP II – dokonanie oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, które zgłosiły chęć udziału w Programie przez koordynatora Programu,
 - Etap III weryfikacja dokumentów pod kątem spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie,
 - ETAP IV – ocena i utworzenie listy osób zakwalifikowanych do udziału w Programie oraz listy rezerwowej,
 - ETAP V – Pisemne poinformuje Uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego.

§3

Realizacja usługi asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone, przez osoby spokrewnione i spowinowacane z osobą niepełnosprawną.
1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć:
 - 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

2) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym np. w formie wolontariatu;

3) osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

3. Asystentem może być osoba wskazana przez Uczestnika Programu. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez Uczestnika Programu, wskazuje go Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeżowem, osoby te muszą spełniać wymagania zawarte w Programie.

3. Uczestniki Programu nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.

4. Osoba z niepełnosprawnością lub opiekun prawny ma prawo wskazać osobę, która będzie świadczyć usługi asystenta.

5. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.

6. Zadaniem Asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.

7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji

zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;



- 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie: o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną
- 4) 360 godzin rocznie dla: osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.
7. Usługi asystenta 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 nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
8. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 8, finansowane z innych źródeł.
9. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
10. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 9 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Rozliczenie zostanie przedłożone przez asystenta do 10 dnia roboczego miesiąca, następującego po



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

miesiącu rozliczeniowym z wyjątkiem grudnia 2026 r. , w którym rozliczenie zostanie przedłożone przez asystenta do 31.12.2026.

11. Realizator Programu zobowiązuje się dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
12. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
13. Każdy uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.
14. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Jeżowe.

§4

Postanowienia końcowe

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
2. Regulamin obowiązuje na czas trwania Programu.
3. OPS Jeżowe zastrzega prawo do wprowadzania zmian w niniejszym Regulaminie.
4. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym Regulaminie zastosowanie mają obowiązujące wytyczne Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla JST- edycja 2026” decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Jeżowie i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.


Z. op. WÓJTA
mgr Małgorzata Bolka
Kierownik Ośrodka Pomocy
Społecznej w Jeżowie



Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
2. Klauzura informacyjna RODO



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 ☐

2

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 dziecka? - 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 ASYSTENTA:

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

1. Płeć:

2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

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.

3

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

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) stanie 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

4

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 ☐,



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

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 ☐.

5

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. DOTYCZĄCYCH 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:

6

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 wytechnieniowej 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. 18 albo 19 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. 18 albo ust. 19 niniejszej Karty.



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(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

7

.....
(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.



Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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), zwanego dalej RODO – informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeżowie.
Z Administratorem można się kontaktować pocztą tradycyjną na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej 37-430 Jeżów 136a, pocztą elektroniczną na adres: ops@jezowe.pl lub telefonicznie pod numerem: 15 8794 900
 2. Z Inspektorem ochrony danych można się kontaktować pocztą elektroniczną na adres: kchaber.kancelaria@gmail.com
 3. Przetwarzamy dane osobowe w celu przeprowadzenia i realizacji naboru pracownika na stanowisko Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
 4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, c RODO – w oparciu o przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U.2025 poz.1071.) oraz realizacja Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
 5. Państwa dane osobowe mogą być udostępniane lub powierzane do przetwarzania innym podmiotom, którym udostępnienie danych osobowych przysługuje na mocy przepisów obowiązującego prawa oraz zostać udostępnione instytucjom zaangażowanym w realizację ww. Programu.
 6. Państwa dane osobowe będą przechowywane do czasu realizacji naboru, do którego dane osobowe zostały zebrane a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez okres wynikający z przepisów prawa. Okresem przetwarzania danych osobowych w stosunku do osób, które nie zostały wybrane na stanowisko jest okres dwóch miesięcy po zakończeniu naboru lub do czasu wycofania zgody.
 7. Mają Państwo prawo do:
 - dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - sprostowania swoich danych;
 - ograniczenia przetwarzania danych;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - usunięcia danych osobowych, jeżeli przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli odbywa się ono na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a;
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa).
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek jest wymogiem dopuszczenia kandydata do udziału w naborze.