



Karta Zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – Edycja 2025

I. Dane uczestnika Programu	
1. Imię i nazwisko	
2. Adres	
3. Telefon kontaktowy	
4. Data urodzenia	
5. Status na rynku pracy	
6. Opiekun prawny	(Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>) Imię i nazwisko:
7. Grupa/stożenie niepełnosprawności	
8. Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> Dysfunkcja wzroku <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> Dysfunkcja neurologiczna <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/> Pozostałe, w tym intelektualne
9. Niepełnosprawność główna	
10. Niepełnosprawność sprzężona (co najmniej 2 kody niepełnosprawności w orzeczeniu lub dokumencie tożsamym)	(Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>)
11. Poruszanie się	W domu: <input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie Poza domem: <input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie
12. Czy potrzebne jest wsparcie w poruszaniu się?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
13. Osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
14. Osoba zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
15. Osoba z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>



I. Dane uczestnika Programu	
16. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie ?	
17. Jakie trudności napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza nim?	

II. Oczekiwania wobec Asystenta	
1. Preferowana płeć	
2. Preferowany wiek	
3. Inne wymagania (zainteresowania, umiejętności)	
4. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? (Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>)	Imię i nazwisko oraz numer telefonu:
5. W jakich dniach/godzinach potrzebne wsparcie?	
6. Ile godzin wsparcia miesięcznie jest potrzebne?	
7. Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
8. Zakres czynności asystenta (w jakich czynnościach miałby pomóc Asystent?)	<input type="checkbox"/> wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej <input type="checkbox"/> wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie: <input type="checkbox"/> wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem

III. Dotychczas otrzymywana pomoc	
1. Czy korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? (Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>)	Jeśli tak, proszę podać szczegóły (zaznaczyć, wypełnić- jaka instytucja, np. MOPS, czy prywatnie) <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> usługi asystenckie w poprzednich edycjach, w tym w 2024r.,<input type="radio"/> usługi asystenckie w innych programach,<input type="radio"/> usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usług i opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,<input type="radio"/> usługi finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,<input type="radio"/> pomoc sąsiedzka,<input type="radio"/> wolontariat,<input type="radio"/> usługi opiekuńcze na podstawie umów cywilnoprawnych,



III. Dotychczas otrzymywana pomoc	
	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Inne finansowane ze środków publicznych, jakie<input type="radio"/> Inne prywatne, jakie
2.Z których form pomocy jest Pani/Pan zadowolona/y/niezadowolona/y	
3.Czy nadal korzysta Pani/Pan z w/w usług?	<input type="checkbox"/> Tak, w tym (zaznaczyć właściwe): <input type="checkbox"/> korzystam z innych form wsparcia, np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, usługi opiekuńcze na podstawie umów cywilnoprawnych: <input type="checkbox"/> do 15 godzin miesięcznie <input type="checkbox"/> powyżej 15 godzin miesięcznie <input type="checkbox"/> korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, realizowanych przez MOPS w Ustce, z innych usług finansowanych w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych w ilości: <input type="checkbox"/> do 10 godzin miesięcznie <input type="checkbox"/> powyżej 10 godzin miesięcznie <input type="checkbox"/> NIE korzystam

IV. Oświadczenia	
<ol style="list-style-type: none">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 2025.4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 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 części IV ust. 12 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 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.6. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie przyjętym Zarządzeniem nr 20.2024 Kierownika CIS w Ustce z dnia 12.12.2024r.i akceptuję jego zapisy.7. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie dane w karcie i załącznikach są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem	
Podpis uczestnika/opiekuna prawnego dot. oświadczeń	

Miejscowość:, Data:

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

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie w CIS:



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej
