

REGULAMIN
wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejszy Regulamin określa warunki wyboru Uczestników mających korzystać z wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oraz zasady realizacji przedmiotowego Programu.

§ 2

Definicje

Użyte w Regulaminie pojęcia oznaczają:

1. **MOPS** - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszycach - bezpośredni realizator zadania w imieniu Gminy Miejskiej Bartoszyce, zwany również Realizatorem.
2. **Program** - Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
3. **Regulamin** - Regulamin wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.
4. **Uczestnik Programu** - osoba objęta usługami asystencji osobistej, którą można zaliczyć do jednej z poniższych grup:
 - 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,a będąca mieszkańcem Gminy Miejskiej Bartoszyce.
5. **Asystencja osobista** - forma wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Może polegać w szczególności na pomocy w:
 - korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - wykonywaniu czynności dnia codziennego - w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności;
 - załatwianiu spraw urzędowych;
 - wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez Uczestnika Programu miejsce.
6. **Asystent** - osoba świadcząca usługi asystencji osobistej.

§ 3

Pomoc świadczona w ramach Asystencji osobistej

1. MOPS zapewnia usługi Asystencji osobistej mieszkańcom Gminy Miejskiej Bartoszyce, spełniającym kryteria określone w Programie, a przywołane w § 2 pkt 4 Regulaminu.

2. Gmina, przyznając usługi Asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:
 - a) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - b) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki, o których mowa w § 2 pkt 4 Regulaminu i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - c) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w § 2 pkt 4 Regulaminu, które przebywają 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,
 - d) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w § 2 pkt 4 Regulaminu, które przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.
3. Usługa Asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
4. Rodzaj i zakres godzinowy usług Asystencji osobistej będzie uzależniony od indywidualnej sytuacji Uczestnika Programu.
5. Usługi będą realizowane w oparciu o *Miesięczny indywidualny harmonogram świadczenia usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością*, stanowiący załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu, uzgodniony i zaakceptowany każdorazowo przez Uczestnika Programu oraz osobę realizującą usługę. Rejonowi pracownicy socjalni MOPS dokonują comiesięcznych ustaleń z osobą/ rodziną objętą usługą w celu przygotowania *Miesięcznych indywidualnych harmonogramów* na kolejny miesiąc, najpóźniej do 15-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usług - ustalenia przekazują do Kierownika Działu I. W przypadku braku informacji ze strony Uczestnika Programu, Realizator zastrzega sobie możliwość samodzielnego określenia ww. terminów.
W przypadku konieczności zmiany ww. harmonogramu strony uzgodnią i sporządzą aneks do harmonogramu. Zmiany takie dopuszczalne są jedynie w przypadku wystąpienia ważnych sytuacji osobistych (np. choroba, pobyt w szpitalu, rehabilitacja) lub nagłych zdarzeń o charakterze losowym.
6. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie na rzecz osób trzecich (np. członków rodziny osoby z niepełnosprawnością).
7. Ze względu na duże zainteresowanie usługami Asystencji osobistej oraz niewystarczający poziom otrzymanego przez Gminę dofinansowania, limity godzin wynikające z warunków Programu mogą ulec zmniejszeniu.
8. W godzinach realizacji usług Asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług Asystencji osobistej, finansowane ze środków publicznych.
9. Usługi Asystencji osobistej są wyłącznie uzupełnieniem usług opiekuńczych i nie mogą ich zastępować, ani ograniczać.
10. Podczas realizacji usług Asystencji osobistej wykonywane mogą być wyłącznie czynności wykazane w załączniku nr 8 do Programu (*Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*), stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
11. Każdorazowa zmiana warunków realizacji usługi Asystencji osobistej powinna być niezwłocznie zgłoszona w MOPS przez asystenta oraz Uczestnika Programu.
12. Uczestnik Programu, zgłaszając chęć udziału w Programie, wyraża zgodę na doraźne kontrole realizacji usług Asystencji osobistej w miejscu wskazanym w *Miesięcznym indywidualnym harmonogramie świadczenia usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością*. Z przeprowadzonych kontroli sporządza się protokoły.
13. Uczestnik Programu może wskazać osobę realizującą usługę Asystencji osobistej. W przypadku braku wskazania, asystent zostaje przydzielony przez MOPS.

14. W sytuacji agresywnego zachowania osoby z niepełnosprawnością, stwarzającego zagrożenie dla niego lub bezpieczeństwa innych osób oraz uniemożliwiającego dalsze wykonywanie usługi, asystent ma prawo przerwać jej realizację. W takiej sytuacji asystent powinien niezwłocznie skontaktować się z MOPS oraz - w przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej - również z jego opiekunem prawnym.
15. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili. Uczestnik Programu zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem jej powodu.

§ 4

Warunki objęcia usługami Asystencji osobistej

1. Usługi Asystencji osobistej są przyznawane na podstawie złożonego kompletu dokumentów:
 - a) *Karty zgłoszenia do Programu* (załącznik nr 1 do Regulaminu - załącznik nr 7 do Programu);
 - b) Orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (lub dokumentu równorzędnego);
 - c) *Karty zakresu czynności* (załącznik nr 2 do Regulaminu - załącznik nr 8 do Programu);
 - d) *Klauzuli informacyjnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* (załącznik nr 3 do Regulaminu);
 - e) Oświadczenia Uczestnika Programu o zapoznaniu się z Regulaminem (załącznik nr 4 do Regulaminu);
 - f) Oświadczenia Uczestnika Programu, dotyczącego wskazania osoby asystenta (załącznik nr 5 do Regulaminu).
2. Złożenie *Karty zgłoszenia do Programu* wraz z innymi dokumentami, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem kandydata do uczestnictwa w Programie. O otrzymaniu tej formy pomocy decydować będzie Zespół Kwalifikacyjny, wyniki prac którego podlegają zaakceptowaniu przez Dyrektora MOPS.
3. Również, w przypadku, gdy ilość osób ubiegających się przewyższy możliwości MOPS w zakresie zapewnienia Asystencji osobistej, o otrzymaniu wsparcia decydować będzie Zespół Kwalifikacyjny.
4. Uczestnicy Programu, którzy spełnią wymogi, ale nie zostaną zakwalifikowani do objęcia wsparciem, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej, wiążącej w roku 2026.
5. *Karty zgłoszenia do Programu* wraz z innymi dokumentami będą przyjmowane w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia opublikowania informacji dotyczącej naboru uczestników do Programu na stronie internetowej MOPS i Urzędu Miasta Bartoszyce.
6. Wnioski złożone po zakończeniu naboru nie będą rozpatrywane.

§ 5

Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

- 1) pomocy asystenta w wymiarze i zakresie ustalonym przez MOPS;
- 2) bycia traktowanym przez asystenta z szacunkiem oraz zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego godności, uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usług Asystencji osobistej, jeśli nie wiąże się to z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
- 4) wymagania od asystenta sumienności i staranności oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) zachowania przez asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika Programu i osób wspólnie z nim zamieszkujących;
- 6) otrzymywania informacji o nieobecności asystenta lub o jego zastępstwie, przekazanej przez asystenta i potwierdzonej przez MOPS;
- 7) przekazywania, do odpowiedzialnego za realizację zadania pracownika MOPS, uwag dotyczących niewłaściwego sposobu realizacji i jakości usług świadczonych na jego rzecz.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- 1) współpracy, w miarę możliwości, z MOPS oraz asystentem przy realizacji usług Asystencji osobistej;
- 2) składania, na prośbę Realizatora, pisemnych oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu (odmowa złożenia ww. oświadczenia może skutkować wstrzymaniem udzielanego wsparcia);
- 3) traktowania asystenta z należytym szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z osobą realizującą usługę oraz niewykorzystywania relacji z tą osobą do realizacji własnych interesów;
- 5) współpracy z osobą realizującą usługę bez względu na jej wygląd, pochodzenie, wiek, płeć, itp.;
- 6) umożliwienia asystentowi wejścia do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi (zgodnie z *Miesięcznym indywidualnym harmonogramem świadczenia usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością*);

7) bieżącego (w dniu realizacji usługi) potwierdzania czytelnym podpisem realizacji usług na *Karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*, stanowiącej załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu (załącznik nr 9 do Programu). W przypadku odmowy podpisania *Karty realizacji usług*, Uczestnik Programu jest zobowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;

8) niezwłocznego przekazania asystentowi oraz odpowiedzialnemu za realizację zadania pracownikowi MOPS informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi;

9) stosowania się do zasad niniejszego Regulaminu.

3. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do asystenta traktuje się w szczególności:

- a) stosowanie przemocy (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.),
- b) podnoszenie głosu,
- c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów,
- d) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.

4. Uczestnik Programu nie powinien:

- a) pożyczać pieniędzy asystentowi oraz pożyczać pieniądze od asystenta;
- b) przekazywać korzyści majątkowych asystentowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów, itp.;
- c) udzielać asystentowi pełnomocnictwa, w tym notarialnego do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

§ 6

Zespół Kwalifikacyjny

1. Kwalifikacji do objęcia usługami Asystencji osobistej dokona Zespół Kwalifikacyjny, zwany dalej Zespołem, w składzie:
 - 1.1. Kierownik Działu I,
 - 1.2. Pracownik socjalny ds. nadzoru, analiz i sprawozdawczości,
 - 1.3. Pracownik socjalny obsługujący rejon pracy socjalnej Nr I.
2. W sytuacji nieobecności, którejkolwiek z wymienionych w punkcie 1 osób, skład Zespołu zostanie uzupełniony przez Zastępcę Dyrektora MOPS.
3. Z przeprowadzonej kwalifikacji Zespół sporządzi protokół zawierający listę osób mających zostać objętych wsparciem, roczny wymiar godzin dla każdego Uczestnika Programu oraz listę rezerwową.
4. Roczny wymiar godzin może zostać zmodyfikowany zgodnie z możliwościami MOPS przed zamknięciem protokołu.
5. Zespół przestawi protokół do akceptacji Dyrektorowi MOPS.
6. Zmiana wymiaru godzin przyznanych Uczestnikowi Programu nie będzie wymagała wznowienia prac przez Zespół Kwalifikacyjny, zostanie dokonana w oparciu o zgodę Dyrektora MOPS.

§ 7

Sposób kwalifikacji


1. Zespół dokona kwalifikacji poprzez ocenę indywidualnej sytuacji każdego uczestnika, odnoszącej się do zbadania/weryfikacji potrzeb osoby z niepełnosprawnościami, poziomu jej samodzielności oraz możliwości uzyskania pomocy od innych osób.
2. Zespół może korzystać z informacji i opinii pracowników socjalnych MOPS.
3. Ocena złożonych dokumentów zostanie dokonana według kryteriów określonych w *Karcie oceny, w celu zakwalifikowania do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*, wzór której stanowi załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu.
4. Do uczestnictwa w Programie, w pierwszej kolejności, zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów.
5. W przypadku osób, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, będzie decydowała informacja/opinia pracownika socjalnego o funkcjonowaniu tej osoby w środowisku.
6. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami asystenta.

7. W przypadku rezygnacji Uczestnika Programu z usług asystenta (bądź wystąpienia innych zdarzeń skutkujących trwałym wstrzymaniem realizacji usługi) do Programu będzie kwalifikowana inna osoba z listy rezerwowej. W przypadku braku innej osoby na liście rezerwowej Realizator zastrzega sobie prawo ogłoszenia kolejnego naboru wniosków.
8. W przypadku ogłoszenia kolejnego naboru wniosków zostanie zastosowana procedura postępowania określona w § 4 niniejszego Regulaminu.
9. Dokumenty pozyskane w celu naboru do udziału w Programie nie podlegają zwrotowi i stanowią własność MOPS.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy *Programu*, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. W innych sprawach, nie wynikających z zapisów Programu, ani niniejszego Regulaminu, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor MOPS.
3. MOPS zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.
4. Zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla jego wprowadzenia.

DYREKTOR
MOPS w Bartoszycach

mgr inż. Stefania Michalik-Rosa

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 <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |



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:

.....

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.



.....

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 osobą 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 (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 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.



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) sianie 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)



KLAUZULA INFORMACYJNA **dotycząca danych osobowych**

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszycach z siedzibą w Bartoszycach, ul. Pieniężnego 10A, dalej zwany MOPS lub Administrator.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania MOPS, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w MOPS za pomocą adresu sekretariat@mopsbartoszyce.pl
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - 4.1. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na MOPS;
 - 4.2. realizacji umów zawartych z kontrahentami MOPS;
 - 4.3. w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonymi w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - 5.1. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - 5.2. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest MOPS.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - 7.1. prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - 7.2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych - w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - 7.3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - 7.3.1. dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - 7.3.2. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - 7.3.3. osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - 7.3.4. dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - 7.3.5. dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - 7.4. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - w przypadku, gdy:
 - 7.4.1. osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - 7.4.2. przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - 7.4.3. Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - 7.4.4. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
 - 7.5. prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - 7.5.1. przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę,
 - 7.5.2. przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;



- 7.6. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych - w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
- 7.6.1. zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - 7.6.2. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z obowiązującym prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w MOPS Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
13. Pani/Pana dane obejmują również wizerunek w zakresie utrwalonym i przechowywanym przez system monitoringu obejmujący siedzibę Administratora.
14. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom realizującym zadania związane z programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, w szczególności Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz innym podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w związku z wykonywaniem powierzonego im zadania w drodze zawartej umowy lub porozumienia, m.in. dostawcy usług IT.

Powyższą klauzulę informacyjną otrzymałem i zapoznałem się z nią.

.....

data, podpis

Wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych w sposób i na zasadach opisanych w niniejszej klauzuli.

.....

data, podpis



.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn.

ul.

11-200 Bartoszyce

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu o zapoznaniu się z *Regulaminem wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Regulaminu wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* oraz akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
czytelny podpis Uczestnika Programu

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn.

ul.

11-200 Bartoszyce

OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu dotyczące wskazania asystenta osobistego
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

☐ **wskazuję na asystenta:**
imię i nazwisko asystenta

numer telefonu do kontaktu:

adres zamieszkania:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny,
- nie jest moim opiekunem prawnym,
- nie zamieszkuje i nie prowadzi ze mną wspólnego gospodarstwa domowego,
- posiada odpowiednią wiedzę, umiejętności i przygotowanie do realizacji usługi, jak również gwarantuje należyte wykonywanie powierzonych jej zadań.

Wskazana przeze mnie osoba poza pełnieniem na moją rzecz funkcji Asystenta:

- pracuje zawodowo, w dniach i godzinach:

.....

- nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą):

.....

☐ **proszę o wskazanie asystenta przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Bartoszczach.**

.....
czytelny podpis Uczestnika Programu

Stopień niepełnosprawności

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Samotne zamieszkiwanie | TAK - 1 pkt NIE - 0 pkt* |
| 2. Brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny,
np. ze względu na stan zdrowia, bądź aktywność zawodową | TAK - 1 pkt NIE - 0 pkt* |
| 3. Uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego | TAK - 0 pkt NIE - 1 pkt* |
| 4. Korzystanie z innych usług wymienionych w Programie | TAK - 0 pkt NIE - 1 pkt* |
| 5. Samodzielne poruszanie się w domu | TAK - 0 pkt NIE - 1 pkt* |
| 6. Samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania | TAK - 0 pkt NIE - 1 pkt* |
| 7. Inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (potrzeby osoby z niepełnosprawnością,
poziom jej samodzielności, możliwość uzyskania pomocy ze strony innych osób) | od 0 do 4 pkt ** |

** Należy uzasadnić i wstawić ilość punktów

Miesięczny indywidualny harmonogram świadczenia usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w miesiącu 2026 r.

Uczestnik Programu - **Pan/-i**

Miejsce realizacji usługi: **ul., 11-200 Bartoszyce**

Osoba realizująca usługę:

L.p.	DATA	DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY OD ... DO ...	GODZINY OGÓŁEM	UWAGI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

29					
30					
31					
Suma					

Planowana liczba godzin usługi:

zrealizowano:

pozostało:

Bartoszyce, dn.

Osoba do kontaktu - rejonowy pracownik socjalny MOPS -

Tel.:

.....
(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię -
podpis Uczestnika Programu)

.....
(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię -
podpis osoby realizującej usługę)

.....
(podpis Kierownika Działu Pracy Socjalnej MOPS)

.....
Dyrektor MOPS w Bartoszczycach

Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:
Imię i nazwisko uczestnika Programu:
Adres zamieszkania uczestnika Programu:
Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do 2026 r.

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
1.							
2.							
3.							

asystenta, pod warunkiem że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością). **

.....

Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

** Należy załączyć ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:

- Ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

2