



## **Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 w Gminie Połaniec**

### **Definicje pojęć**

Ilekróć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

1. **Asystencie** – należy przez to rozumieć osobę świadczącą usługę asystencji osobistej;
2. **CUS Połaniec** – należy przez to rozumieć Centrum Usług Społecznych w Połańcu;
3. **Kandydacie** – należy przez to rozumieć osobę ubiegającą się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad określonych w niniejszym Regulaminie;
4. **Komisji Rekrutacyjnej** – należy przez to rozumieć pracowników powołanych zarządzeniem Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Połańcu;
5. **Niepełnosprawności sprzężonej** – należy przez to rozumieć posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności;
6. **Programie** – należy przez to rozumieć Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, realizowany przez Miasto i Gminę Połaniec;
7. **Realizatorze** – należy przez to rozumieć Centrum Usług Społecznych w Połańcu;
8. **Uczestniku Programu** – należy przez to rozumieć Wnioskodawcę zakwalifikowanego do uczestnictwa w Programie, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie;
9. **Usługach asystenckich** – należy przez to rozumieć usługi asystencji osobistej świadczone na rzecz osób z niepełnosprawnościami, będących mieszkańcami Miasta i Gminy Połaniec.

### **§1. Postanowienia ogólne**

1. Usługi asystenta osobistego przyznawane oraz realizowane będą zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. Kwalifikacje osób świadczących usługi asystenta określa Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Regulamin określa zasady rekrutacji, uczestnictwa oraz prawa i obowiązki Uczestników Programu.
4. Realizatorem Programu jest **Gmina Połaniec/Centrum Usług Społecznych w Połańcu**, z siedzibą w Połańcu przy ul. Ruszczańskiej 27, 28-230 Połaniec.
5. Program realizowany będzie w okresie **od stycznia 2026 r. do grudnia 2026 r.**
6. Rozpoczęcie realizacji usług uzależnione jest od podpisania umowy z Wojewodą.
7. Program skierowany jest do mieszkańców Miasta i Gminy Połaniec.

## §2. Cel Programu

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

2. Adresatami Programu są:

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.

## §3 Zasady przyznawania usług asystencji osobistej

1. Gmina przyznaje usługi asystencji osobistej na podstawie **Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 (załącznik nr 7 do Programu)** oraz na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

2. Ocena indywidualnej sytuacji Uczestnika Programu obejmuje analizę:

1. potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
2. poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
3. możliwości uzyskania pomocy ze strony innych osób.

3. Przyznając usługi asystencji osobistej, Realizator w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

1. osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
2. osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, niemających możliwości wzajemnego wsparcia oraz niekorzystających ze wsparcia innych osób;
3. osób z niepełnosprawnościami przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
4. osób z niepełnosprawnościami przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego, o ile wyłączną opiekę nad nimi sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

4. Usługi przyznawane są do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.

#### §4 Zasady rekrutacji i kwalifikacji uczestników Programu

1. Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 prowadzona jest zgodnie z wnioskiem złożonym przez Gminę Połaniec oraz w ramach limitu środków finansowych przyznanych na realizację Programu.
2. Nabór dokumentów rekrutacyjnych prowadzony jest w siedzibie Centrum Usług Społecznych w Połańcu, ul. Ruszczańska 27, 28-230 Połaniec, w godzinach pracy urzędu, pokój nr 117.
3. Termin składania dokumentów rekrutacyjnych ustala się na okres **od dnia 17 grudnia 2025 r. do dnia 30 grudnia 2025 r. do godz. 15:00.**

#### §5 Kryteria formalne udziału w Programie

1. Uczestnikiem Programu może być osoba, która spełnia łącznie następujące kryteria formalne:
  1. zamieszkuje na terenie Miasta i Gminy Połaniec;
  2. posiada orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z takim orzeczeniem;
  3. w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia – posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby oraz konieczności stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji;
  4. złożyła komplet dokumentów rekrutacyjnych w terminie określonym w ogłoszeniu o naborze.
2. Osoba ubiegająca się o udział w Programie składa komplet dokumentów rekrutacyjnych, obejmujący w szczególności:
  1. Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 - Załącznik nr 1 do Regulaminu,
  2. Kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej – Załącznik nr 2 do Regulaminu,
  3. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci – orzeczenia o niepełnosprawności wraz ze wskazaniami wymaganymi Programem;
  4. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki prawnej lub pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy;
  5. Dokument potwierdzający przebywanie w rodzinnej pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego – jeżeli dotyczy.
3. Dokumenty rekrutacyjne podlegają **obowiązkowej weryfikacji formalnej.**
4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych Realizator wzywa kandydata do ich uzupełnienia w terminie 3 dni kalendarzowych od dnia otrzymania wezwania. Nieuzupełnienie dokumentów w terminie skutkuje pozostawieniem zgłoszenia bez rozpatrzenia.
5. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

#### § 6. Ocena indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością

- a. Przyznanie usług asystencji osobistej następuje na podstawie Karty zgłoszenia oraz dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością – załącznik nr 3 do Regulaminu.
- b. Ocena indywidualnej sytuacji odnosi się w szczególności do zbadania:
  1. potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta;
  2. poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością;
  3. możliwości uzyskania pomocy od innych osób.

3. Oceny dokonuje Komisja Rekrutacyjna powołana zarządzeniem Dyrektora CUS, składająca się z trzech osób.

### **§ 7 Kryteria premiujące i etap punktowy**

1. W przypadku większej liczby kandydatów spełniających kryteria formalne niż liczba miejsc wynikająca z wniosku, stosuje się kryteria premiujące zgodne z Programem.
2. Etap oceny punktowej prowadzony jest w terminie **od dnia 31 grudnia 2025 r. do dnia 7 stycznia 2026 r.**
3. Komisja Rekrutacyjna, przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby osób, o których mowa w § 3 ust. 4.
4. Za spełnienie każdego z kryteriów premiujących przyznaje się 1 punktów.
5. Niespełnienie kryteriów premiujących nie wyklucza z udziału w Programie, jednak może mieć wpływ na kolejność kwalifikacji.
6. W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez więcej niż jednego kandydata, o zakwalifikowaniu decyduje Komisja Rekrutacyjna, biorąc pod uwagę zakres zgłoszonych potrzeb wsparcia.
7. Na podstawie wyników rekrutacji sporządza się listę osób zakwalifikowanych do Programu, listę rezerwową oraz listę osób niezakwalifikowanych.
8. Realizator informuje kandydatów lub ich opiekunów prawnych w formie pisemnej o wynikach rekrutacji.

### **§ 8. System punktowy stosowany w procesie rekrutacji**

1. Komisja Rekrutacyjna przyznaje punkty według następujących kryteriów:
  1. osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca, niekorzystająca ze wsparcia innych osób – 1 pkt;
  2. osoba z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkująca i gospodarująca, niemająca możliwości wzajemnego wsparcia oraz niekorzystająca ze wsparcia innych osób – 1 pkt;
  3. osoba z niepełnosprawnością przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej – 1 pkt;
  4. osoba z niepełnosprawnością przebywająca w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego – 1 pkt;
  5. osoba z niepełnosprawnością niekorzystająca z usług opiekuńczych/asystenckich/sąsiedzkich, innych – 1 pkt.
  6. Poruszanie się w domu i/lub poza miejscem zamieszkania:
    - a) osoba porusza się samodzielnie – 0 pkt;
    - b) osoba porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych lub innych pomocy – 1 pkt;
    - c) osoba nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – 2 pkt
  7. osoba z niepełnosprawnością która nie korzysta z dziennych form wsparcia (w tym środowiskowy dom samopomocy/ klub samopomocy/dzienny dom pobytu/ inne formy dziennego stacjonarnego wsparcia, do której uczęszcza ww osoba – 1 pkt.
2. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosi 9 punktów.
3. Na podstawie uzyskanej liczby punktów tworzona jest lista podstawowa oraz lista rezerwowa.

## **§ 9. Realizacja usług asystenckich**

1. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługę asystencji osobistej przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na wsparciu Uczestnika w:
  - a) czynnościach samoobsługowych i utrzymaniu higieny osobistej,
  - b) prowadzeniu gospodarstwa domowego i pełnieniu ról rodzinnych,
  - c) przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
  - d) komunikowaniu się z otoczeniem oraz podejmowaniu aktywności życiowej.
3. Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością może być osoba wskazana przez Uczestnika Programu lub jego przedstawiciela ustawowego w karcie zgłoszenia do Programu, która:
  - a) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością – na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
  - b) nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością;
  - c) nie zamieszkuje z osobą z niepełnosprawnością.
4. W przypadku nie wskazania Asystenta przez Uczestnika Programu „Asystenta spełniającego warunki Programu wskazuje Realizator Programu.
5. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością.
6. Wymiar godzin usług asystenckich w 2026 r. nie może przekroczyć limitów określonych w aktualnie obowiązującym Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” na rok 2026, przy czym ostateczna liczba godzin ustalana jest przez Realizatora zgodnie z Programem oraz posiadanymi środkami finansowymi.
7. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tę samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę.
8. Zakres czynności asystenta określa załącznik nr 2 do Regulaminu.
9. Zmiana stopnia niepełnosprawności lub korzystanie z innych programów asystenckich finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego skutkuje zmianą przysługującego limitu godzin.
10. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta lub na wymiar limitu godzin uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Realizatora, nie później niż w ciągu 5 dni od dnia ich zaistnienia.
11. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie oraz uwagi dotyczące realizacji usług składane są w formie pisemnej do Realizatora.

## **§ 10 Prawa i obowiązki Uczestnika Programu**

1. Uczestnik Programu ma prawo do:
  - a) korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Realizatora;
  - b) bycia traktowanym przez Asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
  - c) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi asystenckiej, jeśli nie wiąże się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;

- d) wymagania od Asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- e) zachowania przez Asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
- f) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich Asystentowi oraz Realizatorowi.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- a) współpracy z Realizatorem oraz Asystentem przy realizacji usługi asystenckiej w miarę jego możliwości;
- b) traktowania Asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- c) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Asystentem oraz nie wykorzystywania relacji z Asystentem do realizacji własnych interesów;
- d) współpracy z Asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć, narodowość itp.;
- e) wymagania od Asystenta jedynie tych zadań, które zostały określone w Karcie zakresu czynności usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026;
- f) umożliwienie Asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi,
- g) potwierdzania własnoręcznym podpisem na karcie realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, załącznik nr 9 do Regulaminu. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usług Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
- h) niezwłocznego przekazania Realizatorowi lub Asystentowi informacji o planowanych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
- i) respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

3. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do Asystenta traktuje się:

- a) stosowanie przemocy wobec Asystenta (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
- b) podnoszenie głosu na asystenta;
- c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;
- d) zachowania przekraczające granice sfery intymnej;
- e) wymuszanie na asystencie czynności wykraczającej poza zakres i wymiar usług określonych Programem.

## **§ 11. Postanowienia końcowe**

1. Zgłoszenie do Programu jest równoznaczne z akceptacją niniejszego regulaminu.
2. Regulamin obowiązuje od dnia jego ogłoszenia przez Realizatora.
3. Uczestnik Programu, któremu przyznano usługi asystenckie, zobowiązany jest do przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.
4. Realizator zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów (załączników) według wzorów określonych w Programie, nieujętych w niniejszym Regulaminie, usprawniających oraz wpływających na prawidłowe rozliczanie świadczonych usług asystenckich.
5. Realizator zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w Regulaminie lub uzupełniania go o dodatkowe postanowienia. Informacja o zmianach zostanie opublikowana na stronie internetowej Realizatora.
6. W celu zapewnienia jakości usług asystenckich Uczestnik wyraża zgodę na kontrolę oraz monitorowanie realizacji usług przez pracowników Centrum Usług Społecznych w Połańcu.

7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Załączniki:

Nr 1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,

Nr 2. Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,

Nr.3. Karta oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

**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 oponowo – 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):

<b>W domu</b> <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"/>
<b>Poza miejscem zamieszkania</b> <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 dziecka<sup>1</sup>? - **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 placówce<sup>2</sup>, 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?

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

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

### III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA<sup>3</sup>:

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

1. Płeć: .....

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

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

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,

<sup>3</sup> Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

- ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie** ,
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie** ,
  - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie** ,
  - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie** ,
  - l) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie** ;
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie** ,
  - b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie** ,
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku  
**Tak**  / **Nie** ,
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ,
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** ,
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie** ,
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** ;
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ,
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie** ,
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym  
**Tak**  / **Nie** ,
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych

środków transportu **Tak**  / **Nie** ,

- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie** ,
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak**  / **Nie**

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie** ,
- b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie** ,
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak**  / **Nie** ,
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak**  / **Nie** ,
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak**  / **Nie** ,
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie** ,
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie** ,
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie** ,
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ,
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak**  / **Nie** ,
- k) inne: ..... **Tak**  / **Nie** .

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak**  / **Nie**

#### **IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**  / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

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

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin: .....
- b. limitu wykorzystanych godzin: .....
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:  
.....

#### **V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie 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)

**Karta oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

nr telefonu: .....

**I. Rodzaj orzeczenia:**

1.	Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym równorzędne)	
2.	Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym równorzędne)	
3.	Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym równorzędne)	
4.	Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym równorzędne)	
5.	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.	

**II. Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającą wsparcia:**

1.	Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej.	
2.	Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról w rodzinie.	
3.	Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania.	
4.	Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.	

**III. Kryteria obowiązkowe (formalne)<sup>4</sup>:**

L.P.	Nazwa kryterium	TAK	NIE
1.	Zamieszkiwanie na terenie Gminy Połaniec .		
2.	Posiadanie ważnego orzeczenia, o którym mowa w §5.ust. 1 regulaminu.		
3.	„Karta zgłoszenia do Programu” złożona w terminie określonym w regulaminie.		
4.	Złożenie kompletu dokumentów		

 Kandydat / Kandydatka spełnia wymogi formalne do udziału w Programie.

 Kandydat / Kandydatka nie spełnia wymogów formalnych do udziału w Programie.
**IV. Kryteria dodatkowe (premiujące):**

L.P.	Nazwa kryterium	TAK	NIE	Liczba pkt
1.	Samotne zamieszkiwanie i gospodarowanie oraz niekorzystanie ze wsparcia innych osób. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
2.	Wspólne zamieszkiwanie i gospodarowanie osób z niepełnosprawnościami (niepełnosprawność udokumentowana), spełniających jednocześnie warunki, o których mowa w części II ust. 1 regulaminu i niemających możliwości wzajemnego wsparcia ani niekorzystających ze wsparcia innych osób. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
3.	Przebywanie w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.			

<sup>4</sup> Zgodnie z §5. ust. 1, „Regulaminu przyjmowania zgłoszeń oraz uczestnictwa w Programie”.

	dzieci osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
4.	Przebywanie 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 osoby przebywające 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. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
5.	Niekorzystanie z usług opiekuńczych / specjalistycznych / asystenckich / sąsiedzkich / innych. (TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt)			
6.	Poruszanie się w domu i / lub poza miejscem zamieszkania. (samodzielnie – 0 pkt; z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – 1 pkt; osoba nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – 2 pkt)			
7.	Kandydat korzysta z dziennych form wsparcia (w tym: środowiskowy dom samopomocy / klub samopomocy / dzienny dom pobytu / inne formy dziennego stacjonarnego wsparcia, do których uczęszcza kandydat / kandydatka). (TAK - 0 pkt; NIE – 1 pkt)			
<b>Łączna liczba punktów:</b>				

Dodatkowe informacje dotyczące rekrutacji:

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

Data dokonania oceny .....

Podpisy członków komisji rekrutacyjnej:

1. ....
2. ....
3. ....

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług asystencji osobistej w wymiarze ogółem..... godzin \*
- wpisaniu na listę rezerwową. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej. \*
- o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem. \*

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
Data i podpis koordynatora Programu:

.....  
Data zatwierdzenia i podpis Dyrektora CUS