

ZARZĄDZENIE NR 01/2026

KIEROWNIKA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ŚWIECIU

z dnia 12 stycznia 2026 roku

w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i realizacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Świecie realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu ze środków Funduszu Solidarnościowego

Na podstawie § 6 pkt 16 Statutu Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu przyjętego Uchwałą nr 426/22 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia 29 grudnia 2022 roku zmienionego Uchwałą nr 528/23 Uchwały Rady Miejskiej z dnia 19 grudnia 2023 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie nadania Statutu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Świeciu z dnia w powiązaniu z art. 6 ust. 1 i art. 7 ust 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.)

zarządza się co następuje:

§ 1

Wprowadza się do stosowania Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Świecie realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu ze środków Funduszu Solidarnościowego stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Świecie do zapoznania z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Otrzymują:

1. KIEROWNIK OPS
2. ZK
3. DO
4. DK
5. DRŚ
6. DPS
7. DŚRiFA
8. DUO
9. ZP
10. SBHP
11. PP
12. AR
13. AON
14. PP
15. SB
16. MW
17. DDP

Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świeciu
[Podpis]
mgr Sylwia Kryszak



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik do Zarządzenia nr 1/2026
Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świeciu z dnia 12.01.2026 roku

***Regulamin rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Świecie***

Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świeciu

mgr Sylwia Kryszak



§1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin realizacji uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Świecie, zwanego dalej Programem, określa zasady zakwalifikowania się do udziału w niniejszym Programie.
2. Organizowanie usług asystenckich, przyznawanie wsparcia, bieżący monitoring oraz kontrola realizacji usług należą do zadań pozostających w zakresie kompetencji Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu.
3. Udział w Programie jest **bezpłatny**.
4. Ośrodek Pomocy Społecznej przewiduje możliwość zlecenia realizacji usług asystencji osobistej organizacji pozarządowej.

§2

Podstawa prawna programu

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.).
2. Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

§3

Adresaci Programu

1. Program adresowany jest do mieszkańców **Gminy Świecie**, tj.:
 - 1) 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 oraz
 - 2) osób z niepełnosprawnościami posiadającym orzeczenie:
 - znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.).

§4

Zakres usług

1. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
 - a) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - b) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - c) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - d) wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.



2. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować. Niedopuszczalna jest rezygnacja z odpłatnych usług opiekuńczych w celu zastąpienia ich nieodpłatnymi usługami asystenckimi.
3. **Usługi asystenckie nie są kierowane do osób, które wymagają świadczenia wyłącznie usług porządkowych, higienicznych i pielęgnacyjnych.**
4. Zakres przyznanych uczestnikowi usług asystencji osobistej określany jest w Karcie zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 (załącznik nr 8 do Regulaminu).
5. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
6. **Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.**
7. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu, wobec uczestnika objętego usługami asystencji osobistej nie mogą być 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 2025 r. poz. 1214 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 ust. 1, finansowane ze środków publicznych.
8. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
9. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
10. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
11. Realizator przyznając usługi asystenta, bierze również pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestnika Programu.
12. Asystent zobowiązany jest po każdym zakończonym miesiącu realizacji usług asystenckich przekładać realizatorowi Kartę realizacji do 3 dnia roboczego miesiąca następującego po miesiącu, w których wykonywano usługi.
13. W ramach świadczonych usług Asystent otrzymuje ustalone w umowie wynagrodzenie oraz:
 - 1) zwrot kosztów zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu,
 - 2) zwrot kosztów zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi.
14. Ubezpieczenie OC oraz NNW związane ze świadczeniem usług asystenta.



15. Zarówno Uczestnik jak i asystent w momencie przystąpienia do Programu wyrażają zgodę na kontrolę oraz monitoring świadczonych usług w miejscu ich realizacji.
16. Usługi asystencji nie są świadczone w miejscach, w których usługi powinny być świadczone na podstawie odrębnych przepisów lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę (tj. w szczególności w domach pomocy społecznej, zakładach opieki zdrowotnej).

§5

Zasady rekrutacji

1. Gmina Świecie - Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu planuje objęcie wsparciem 43 osób z niepełnosprawnościami, w łącznej ilości 16.780 godzin w tym:
 - 20 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – maksymalnie do **420 godzin** usług asystencji osobistej na osobę,
 - 9 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną – maksymalnie do **480 godzin** usług asystencji osobistej na osobę,
 - 5 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – maksymalnie do **360 godzin** usług asystencji osobistej na osobę,
 - 5 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną – maksymalnie do **360 godzin** usług asystencji osobistej na osobę,
 - 4 dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających 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 - maksymalnie do **240 godzin** usług asystencji osobistej na dziecko.
2. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz małoletnich w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 r. poz. 1802, z późn. zm.)
 - zaświadczenie o niekaralności;
 - informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru (*załącznik nr 12 do Regulaminu*),
 - a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
3. Aby ubiegać się o udział w programie należy złożyć w terminie **do 29 stycznia 2026 r.** w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej dokumenty zgłoszeniowe, tj.:
 - wypełnioną i podpisaną Karta zgłoszenia do Programu (*załącznik nr 1 do Regulaminu*),
 - kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź dokumentu równoważnego,
 - podpisaną klauzulę informacyjną RODO OPS w Świeciu w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (*załącznik nr 3 do Regulaminu*),



- oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i realizacji i Programem Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (załącznik nr 4 do Regulaminu),
4. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu przy ul. Gen. J. Hallera 11, w Biurze Obsługi Mieszkańców, pokój 24, wysłać pocztą tradycyjną lub elektronicznie (ePUAP/e-Doręczenia).
 5. Dokumenty będą przyjmowane w dni robocze w godzinach pracy ośrodka.
 6. Dokumenty wskazane powyżej muszą być podpisane własnoręcznym podpisem osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego (w przypadku opieki prawnej należy dołączyć stosowny dokument), lub podpisem elektronicznym.
 7. Złożenie pełnej dokumentacji zgłoszeniowej nie oznacza automatycznego zakwalifikowania do udziału w Programie. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
 8. Realizator Programu przyznając usługi asystencji osobistej oprócz złożonej Karty uczestnictwa w Programie dokonuje oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością. Ocena będzie odnosić się do weryfikacji:
 - a) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
 - b) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
 - c) możliwości uzyskania pomocy od innych osób.
 9. Przyznając usługi asystencji osobistej w pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby:
 - 1) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - 2) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
 - 3) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części III ust. 2 Programu, 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,
 - 4) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części III ust. 2 Programu, 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.
 10. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista rezerwowa osób (załącznik nr 5 do Regulaminu), które spełniają kryterium dostępu, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.
 11. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie, usługami asystencji zostanie objęta osoba z listy rezerwowej.
 12. W sytuacji zwiększenia limitu osób korzystających ze wsparcia asystenta osobistego, realizator Programu w pierwszej kolejności przyznaje usługi asystencji osobistej osobom wpisanym na listę rezerwową.
 13. Pozycja na liście rezerwowej nie ma wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej.



14. W przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listę rezerwową zostanie ogłoszony uzupełniający nabór uczestników do Programu.

§ 6

Kryteria kwalifikacyjne

1. Kryteria kwalifikacyjne do Programu uczestnika posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wraz z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie równoważne:
 - a) niepełnosprawność sprzężona,
 - b) więcej niż 2 przyczyny niepełnosprawności, potwierdzone w orzeczeniu odpowiednimi kodami,
 - c) problemy z mobilnością potwierdzone w karcie zgłoszeniowej lub kodami w orzeczeniu 10N/05R/04O,
 - d) problemy z komunikacją potwierdzone w karcie zgłoszeniowej lub kodami w orzeczeniu 03L,
 - e) osoba nie korzystająca z innych form wsparcia usługowego tj. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i podobnego rodzaju usług,
 - f) możliwość wsparcia uczestnika Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym,
 - g) osoba z niepełnosprawnościami samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich,
 - h) osoby z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
2. Kryteria kwalifikacyjne do Programu dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.
 - a) orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazanym punktem 7 i 8,
 - b) inne dzieci lub członkowie rodzin z niepełnosprawnościami w miejscu zamieszkania,
 - c) możliwość wsparcia uczestnika Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
3. Zgłoszenie będą podlegały ocenie merytorycznej. Ocena będzie dokonywana przez komisję powołaną przez Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej.
4. Po zakończonej rekrutacji prowadzona będzie ocena złożonych dokumentów. Zostanie dokonana według kryteriów określonych w karcie oceny, których wzory stanowią załącznik nr 14a i 14b do niniejszego Regulaminu.

§ 7

Przyznanie wsparcia

1. Ośrodek informuje w formie pisemnej uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego o:
 - a) przyznaniu usług asystencji osobistej oraz przyznanym wymiarze godzin usług asystencji osobistej w danym roku kalendarzowym, a także o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystencji osobistej lub
 - b) o wpisaniu go na listę rezerwową lub
 - c) informuje o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem.
2. Osoba zakwalifikowana do udziału w Programie, której przyznano usługi asystenckie na podstawie pisemnej informacji, ma prawo do korzystania ze wsparcia na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.



§8

Realizacja wsparcia

1. Usługi asystencji osobistej w ramach Programu mogą świadczyć osoby **niebędące** członkami rodziny z osobą z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
 - b) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu lub
 - c) zostaną wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego Karcie zgłoszenia.
2. Posiadanie odpowiednich kwalifikacji, o których mowa w pkt. 2 ppkt. a) należy potwierdzić stosownym dokumentem.
3. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 1 lit. b) może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu (osoby fizycznej), który zlecał udzielenie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami.
4. Przed zatrudnieniem osoba świadcząca usługę asystencji osobistej zobowiązana jest złożyć podpisany obowiązek informacyjny dla osób realizujących usługę asystencji osobistej (*załącznik nr 6 do Regulaminu*).
5. Realizator nie ma obowiązku zatrudnienia w charakterze asystenta osoby wskazanej w karcie zgłoszenia, w przypadku, gdy:
 - a) wskazana osoba nie będzie spełniała warunków określonych w niniejszym Regulaminie,
 - b) posiada własne zasoby umożliwiające świadczenie usług,
 - c) istnieją inne przesłanki, które mogą wpłynąć na jakość wykonywanych usług.
6. Osoba świadcząca usługę asystencji osobistej dokonuje rozliczenia usług z realizatorem na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu (*załącznik nr 7 do Regulaminu*) oraz Ewidencji przebiegu pojazdu w ramach Programu (*załącznik nr 9 do Regulaminu*) Ewidencji przebiegu innym środkiem transportu w ramach Programu (*załącznik nr 10 do Regulaminu*) i Ewidencji biletów komunikacyjnych (*załącznik nr 11 do Regulaminu*).
7. Działanie uczestnika skutkujące niemożnością realizacji przez asystenta może stanowić podstawę do **skreślenia** uczestnika z uczestnictwa w Programie.
8. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencję uczestnika Programu oraz opiekuna prawnego.
9. Niedozwolone jest spożywanie przez uczestnika lub asystenta alkoholu, używania środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez asystenta.
10. **Uczestnik powinien zapewnić**, o ile jest to możliwe, aby osoby wspólnie z nim zamieszkujące:
 - 1) utrzymywały czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń oraz urządzeń;
 - 2) umożliwiły asystentowi wykonywanie usług;
 - 3) traktowały asystenta z należytym szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.



11. Uczestnik nie powinien:

- 1) udostępniać asystentowi takich dokumentów jak dowód osobisty, legitymacja emeryta/rencisty, karta parkingowa bądź inny dowód identyfikujący daną osobę, a będący własnością osoby objętej usługą asystencji;
- 2) udostępniać asystentowi środków finansowych, karty bankomatowej/debetowej, przekazywać korzyści majątkowych asystentowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
- 3) udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego asystentowi 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.

12. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- 1) informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 roku z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik obowiązany jest niezwłocznie poinformować realizatora Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym zmiana nastąpiła;
- 2) współpracy z Ośrodkiem oraz asystentem przy realizacji usług asystencji osobistej w miarę jego możliwości;
- 3) traktowania asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z asystentem oraz niewykorzystywania relacji z asystentem do realizacji własnych interesów;
- 5) współpracy z asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;
- 6) wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026;
- 7) umożliwienie asystentowi wejścia do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi, jeżeli usługa asystenta ma być świadczona w mieszkaniu Uczestnika;
- 8) potwierdzania wykonania usługi przez asystenta własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 oraz innych dokumentach związanych z uczestnictwem i korzystaniem z formy wsparcia. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usługi Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy; Kartę usług należy uzupełniać na bieżąco.
- 9) niezwłocznego przekazania Ośrodkowi lub asystentowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
- 10) respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.

13. Jako zachowania niedopuszczalne w stosunku do asystenta traktuje się:

- 1) stosowanie przemocy wobec asystenta (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami);
- 2) podnoszenie głosu na asystenta;
- 3) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;
- 4) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.



14. Asystent ma obowiązek zgłaszać niezwłocznie Realizatorowi trudności związane z przebiegiem realizacji usług m.in., gdy:
 - a) zastana sytuacja bądź wykonanie danego zadania zagraża zdrowiu lub życiu asystenta, uczestnika, osób trzecich,
 - b) agresywne zachowanie lub oczekiwania uczestnika nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu,
 - c) zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez uczestnika zmierzają do łamania prawa,
 - d) pomoc i potrzeby uczestnika zostają zabezpieczone przez inne służby.
15. Korzystanie z asystenckich oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez Uczestnika Programu lub osoby upoważnionej na udzielania Realizatorowi informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
16. Brak możliwości świadczenia usług asystencji osobistej u uczestnika Programu powyżej 30 dni z winy uczestników skutkować będzie usunięciem go z Programu.
17. Uczestnik Programu lub osoba upoważniona ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do Realizatora.
18. Kontakt do Koordynatora Programu tel. 52 519 05 48, 781-574-928, e-mail system@opsswiecie.pl.
19. Realizacja usług odbywa się przy obopólnym poszanowaniu podmiotowości stron i wzajemnym szacunku. Zasada ta dotyczy zarówno osoby świadczącej usługi asystenckie, jak i uczestnika Programu. Uporczywe uchylanie się od tej zasady stanowi podstawę do zakończenia współpracy.

§9

RODO

1. **Niedopuszczalne jest przekazywanie informacji osobom trzecim na temat osób objętych pomocą asystencji osobistej w ramach programu m.in. ich sytuacji osobistej, rodzinnej, majątkowej, dochodowej, daty urodzenia, miejsca zamieszkania, narodowości, przynależności itp., o czym stanowią odrębne przepisy prawa.**
2. W przypadku naruszenia ochrony danych osobowych przez osobę świadczącą usługi asystencji osobistej **w trybie dyscyplinarnym zostanie rozwiązana umowa o świadczenie usług asystencji oraz niniejszy fakt zostanie zgłoszony do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**
3. W przypadku nałożenia kary finansowej wskutek naruszenia procedur RODO przez osobę świadczącą usługi asystencji, administrator danych osobowych pociągnie pracownika do odpowiedzialności odszkodowawczej, na zasadzie rzeczywistej straty.
4. W sytuacji umyślnego naruszenia ochrony danych osobowych osoba świadcząca usługi asystencji osobistej podlega odpowiedzialności karej z artykułu 107 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000), tj. *Kto przetwarza dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do ich przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. Jeżeli czyn (...) dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, danych genetycznych, danych biometrycznych przetwarzanych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech.*



§10

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, zastosowanie mają zapisy Programu – „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie oraz w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu.

Wykaz załączników:

- 1) Załącznik nr 1 do Regulaminu – Karta zgłoszenia,
- 2) Załącznik nr 2 do Regulaminu – Klauzula informacyjna RODO OPS w Świeciu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- 3) Załącznik nr 3 do Regulaminu – Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
- 4) Załącznik nr 4 do Regulaminu – Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i realizacji i Programem,
- 5) Załącznik nr 5 do Regulaminu – Lista rezerwowa,
- 6) Załącznik nr 6 do Regulaminu – Obowiązek informacyjny dla osób realizujących usługę asystencji osobistej,
- 7) Załącznik nr 7 do Regulaminu – Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
- 8) Załącznik nr 8 do Regulaminu – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
- 9) Załącznik nr 9 do Regulaminu – Ewidencja przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
- 10) Załącznik nr 10 do Regulaminu – Ewidencja przejazdu innym środkiem transportu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
- 11) Załącznik nr 11 do Regulaminu – Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
- 12) Załącznik nr 12 do Regulaminu – Oświadczenie w zakresie danych do sprawdzenia w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym.
- 13) Załącznik nr 13a Karta oceny uczestnika Programu
- 14) Załącznik nr 13b Karta oceny uczestnika Programu – dzieci.



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny - Tak ☐ / Nie ☐
- Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ☐
- 3) zaburzenia psychiczne ☐
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności) - Tak ☐ / Nie ☐

11. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu ☐ | 1) samodzielnie ☐ | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐ |
| Poza miejscem zamieszkania ☐ | 1) samodzielnie ☐ | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ | 3) nie porusza się samodzielnie ani z |



pomocą sprzętów
ortopedycznych ☐

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?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.



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:

.....
.....

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** ☐,

³ Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.



- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
 - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
 - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
 - l) stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
 - b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów 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 ☐

2



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
dłaczego 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:

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

.....

V. OŚWIADCZENIA:

- 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.
- Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
- 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:
 - 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(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)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



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.



Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: ido@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana służbowych danych jako pracownika urzędu wojewódzkiego albo jako pracownika urzędu gminy/urzędu powiatu (zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych):

- imię, nazwisko,
- zajmowane stanowisko,
- miejsce pracy,
- numer telefonu,
- adres e-mail.

Kategoria osób

Pracownicy urzędów wojewódzkich oraz pracownicy urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026.

Źródło pozyskania danych osobowych

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od pracowników urzędów wojewódzkich albo pracowników urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026. Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od urzędów wojewódzkich oraz urzędów gmin/urzędów powiatów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;



- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generатора Funduszu Solidarnościowego, tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl>, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

.....
(data i podpis pracownika programu)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3 do Regulaminu

Klauzula informacyjna RODO Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Zgodnie z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu, ul. Gen. Józefa Hallera 11, tel. 52 519 05 40. Adres e-mail: sekretariat@opsswiecie.pl
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@opsswiecie.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminę Świecie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....
(data i podpis uczestnika programu)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 4 do Regulaminu

Świecie, dnia

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM ORAZ PROGRAMEM ICH AKCEPTACJI

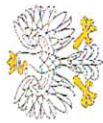
Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania:

- Regulaminu rekrutacji i realizacji w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz
- Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Jestem świadom/świadoma* odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niegodnych z prawdą.

.....
(data i podpis Uczestnika/
rodzica/ opiekuna prawnego/
Asystenta Programu)

*niepotrzebne skreślić



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5 do Regulaminu

Lista rezerwowa osób do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Lp.	Data zgłoszenia /nr zgłoszenia	Imię i Nazwisko	Adres zamieszkania	Tel. kontaktowy	Uwagi

.....
(data i podpis Kierownika/
osoby upoważnionej
/Koordynatora Programu)

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

(dla osób realizujących usługi asystencji osobistej względem uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026)

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1); - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu, ul. Gen. Józefa Hallera 11, tel. 52 519 05 40. Adres e-mail: sekretariat@opsswiecie.pl
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@opsswiecie.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz realizacji obowiązków wynikających z umowy dot. rozliczenia otrzymanych środków finansowych w ramach w/w programu,, tj. gdyż jest to niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) oraz gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 ze zm.), a także w celu realizacji umowy zawartej pomiędzy Administratorem a osobą świadczącą usługę asystencji osobistej, gdyż przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celowości ich przetwarzania, a następnie przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
- 5) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa



w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.

- 9) Państwa dane osobowe będą przekazywane wyznaczonym osobom, wobec których będą Państwo świadczyć usługę w ramach Programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a także podmiotom nadzorczym – Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub wojewodzie m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, a także Państwa dane mogą zostać przekazane innym podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższą klauzulą informacyjną.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 7 do Regulaminu

**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:

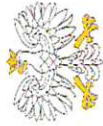
Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do 2026 r.

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

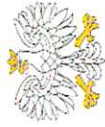
Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
1.							



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

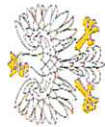


Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												

25



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



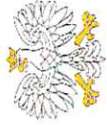
14.									
15.									

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2026 r. wyniosłagodzin.

Łączne koszty jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu, kosztów przejazdów asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu własnym/udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu oraz przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósł zł (nie więcej niż 300 zł miesięcznie, jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością, albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na 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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



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 wynikały 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.

25



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) stanie 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 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) - 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:

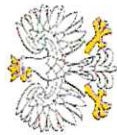
Miejscowość, dnia

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis realizatora Programu)



7



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 10 do Regulaminu

.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

za miesiąc 2026 r.

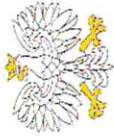
Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data przejazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)
1	2	4	5	6	7	8	

.....

Data i podpis asystenta

2





Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 11 do Regulaminu

.....
.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

za miesiąc 2026 r.*

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6	7	8	

*Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych. W tej samej formie, w celu wykazania, musi zostać udokumentowany fakt przejazdu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd przez uczestnika nie jest nieodpłatny, co musi zostać również udokumentowane.

.....
Data i podpis asystenta

.....

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 12 do Regulaminu

Oświadczenie w zakresie danych do sprawdzenia
w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym

Dane personalne osoby wyszukiwanej:

PESEL.....

Pierwsze imię.....

Nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Imię ojca.....

Imię matki.....

Data urodzenia.....

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne.

.....

(podpis asystenta)

K



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 13a do Regulaminu

**Karta oceny uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
– Edycja 2026**

Imię i Nazwisko Kandydata

Data wpływu Karty zgłoszenia do programu

Rodzaj niepełnosprawności

(znaczny sprzężony, znaczny, umiarkowany sprzężony, umiarkowany)

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności

Ocena spełniania kryteriów dostępu:

Kandydat zamieszkuje na terenie gminy Świecie: ☐ TAK ☐ NIE

I. Ocena spełniania kryteriów formalnych:

Wykaz złożonych dokumentów:

- Karta zgłoszenia do Programu: ☐ TAK ☐ NIE
- Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu: ☐ TAK ☐ NIE
- Orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE
- Klauzula informacyjna RODO OPS: ☐ TAK ☐ NIE

II. Pozostałe kryteria:

1.	Niepełnosprawność sprzężona TAK/NIE
2.	Osoba samotna – czy posiada rodzinę wspólnie nie zamieszkującą?
3.	Inni członkowie rodziny z niepełnosprawnościami w miejscu zamieszkania
4.	Problemy z mobilnością
5.	Problemy z komunikacją
6.	Osoba nie korzystająca z innych form wsparcia usługowego
7.	Możliwość wsparcia uczestnika Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym
8.	Wskazanie Asystenta:
9.	Pozostałe uwagi: świadczenie wspierające – pkt, czy jest typowo leżąca, pampersowana,
10.	PRZYZNAĆ/NIE PRZYZNAĆ* USŁUGI ASYSTENCJI W WYMIARZEGODZIN

Podpisy członków komisji:

1.
2.
3.
4.
5.

Uwagi Kierownika:

.....

AKCEPTACJA/BRAK AKCEPTACJI* KIEROWNIKA

.....

* niepotrzebne skreślić



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 13b do Regulaminu

**Karta oceny uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
– Edycja 2026**

Imię i Nazwisko dziecka

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego.....

Data wpływu Karty zgłoszenia do programu

Rodzaj niepełnosprawności:

(znaczny sprzężony, znaczny, umiarkowany sprzężony, umiarkowany)

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności

Ocena spełniania kryteriów dostępu:

Kandydat zamieszkuje na terenie gminy Świecie: ☐ TAK ☐ NIE

I. Ocena spełniania kryteriów formalnych:

Wykaz złożonych dokumentów:

- Karta zgłoszenia do Programu: ☐ TAK ☐ NIE
- Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu: ☐ TAK ☐ NIE
- Orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE
- Klauzula informacyjna RODO OPS: ☐ TAK ☐ NIE

R

II. Pozostałe kryteria:

Lp.	Kryteria kwalifikacyjne
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem w orzeczeniu 7 i 8
2.	Inne dzieci lub członkowie rodzin z niepełnosprawnościami w miejscu zamieszkania
3.	Możliwość wsparcia uczestnika programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym
4.	Wskazanie Asystenta
5.	Pozostałe uwagi: czy jest upośledzenie umysłowe – upośledzenie umysłowe
6.	PRYZNAĆ/NIE PRYZNAĆ* USŁUGI ASYSTENCJI W WYMIARZEGODZIN

Podpisy członków komisji:

1.
2.
3.
4.
5.

Uwagi Kierownika:

.....

AKCEPTACJA/BRAK AKCEPTACJI* KIEROWNIKA

.....

* niepotrzebne skreślić