

ZARZĄDZENIE NR 42/2025
DYREKTORA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM

z dnia 19 grudnia 2025 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

Na podstawie § 6 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim przyjętego Uchwałą Nr 80/2025 Zarządu Powiatu Ostrowieckiego z dnia 18 marca 2025 r., **zarządza się**, co następuje:

§ 1. Wprowadza się Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Powiatowego
Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowcu Świętokrzyskim

Joanna Pikus

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 42/2025

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Ostrowcu Świętokrzyskim
z dnia 19 grudnia 2025 r.

Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

§ 1. Definicje

1. **Asystent** - Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.
2. **Beneficjent** – Powiat Ostrowiecki / Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
3. **PCPR, Centrum** – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim.
4. **Program** – „Program Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
6. **Uczestnik** – osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
7. **Komisja Rekrutacyjna** – pracownicy PCPR powołani Zarządzeniem Dyrektora PCPR.
8. **Członek rodziny uczestnika** – wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
9. **Dyrektor** – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim.

§ 2. Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa warunki naboru, uczestnictwa i realizacji Programu.
2. Program realizowany będzie przez Powiat Ostrowiecki / Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim od stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2026 r.
3. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Program jest skierowany do mieszkańców Powiatu Ostrowieckiego.
5. Obsługą Programu zajmują się pracownicy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
6. Za realizację usługi asystencji osobistej w ramach Programu uczestnik nie ponosi odpłatności.
7. Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem, oraz:
 - 1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu :
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lubo piekuńczym lub

- b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, oraz
- 2) w przypadku wskazania przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu(załącznik numer 1 do regulaminu):
- a) przygotowane do świadczenia usług asystencji osobistej na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.

Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytnieniowej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.

8. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

- 1) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej; 2) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - 3) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - 4) wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
- Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.

9. Beneficjent planuje w ramach realizacji Programu- Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2026 objąć wsparciem 46 osób, w tym:

- 1) 13 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 23 osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) 11 osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

§ 3. Kryteria uczestnictwa

1. Usługi asystencji osobistej przyznawane i realizowane będą zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

2. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

- a) zamieszkuje na terenie Powiatu Ostrowieckiego;
- b) legitymuje się:
- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - orzeczeniem traktowanym na równi do wyżej wymienionych 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);
- c) wymaga wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

3. Osoba, która chce być uczestnikiem Programu zobowiązana jest złożyć w siedzibie Centrum we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:

- a) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 stanowiącą **załącznik nr 1 do Regulaminu**;
- b) kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 stanowiącą **załącznik nr 2 do Regulaminu**;
- c) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego;

- d) klauzulę informacyjną RODO Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej stanowiącą **załącznik nr 3 do Regulaminu**;
- e) klauzulę informacyjną RODO PCPR stanowiącą **załącznik nr 4 do Regulaminu**;
- f) oświadczenie o wyborze asystenta (jeżeli dotyczy) stanowiącą **załącznik nr 5 do Regulaminu**,
- f) kserokopię pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenie lub zaświadczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - jeśli dotyczy.

§ 4. Zasady rekrutacji

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane będą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski od dnia **22.12.2025 r. do dnia 07.01.2026 r.** Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po 07.01.2026 r. spełniające kryteria dostępu, zostaną umieszczone na liście rezerwowej danej grupy docelowej. Warunkiem udziału w Programie osób z listy rezerwowej będzie: rezygnacja uczestnika, skreślenie osoby z uczestnictwa lub pojawienie się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.

2. Dokumenty rekrutacyjne muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata lub opiekuna prawnego.

3. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną są rejestrowane według kolejności zgłoszeń.

4. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

5. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej oraz merytorycznej dokonanej przez Komisję Rekrutacyjną.

6. Oceny formalnej wniosku dokonuje Komisja rekrutacyjna sprawdzając:

- 1) czy wniosek został złożony we właściwej instytucji,
- 2) czy wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o wsparcie asystenta,
- 3) czy wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku i złożono wymagane załączniki.

7. Niekompletne zgłoszenia tj. bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.

8. Po dokonaniu oceny formalnej, wniosek podlega ocenie merytorycznej w oparciu o kartę oceny merytorycznej stanowiącą **załącznik nr 6 do Regulaminu**.

9. Powiat Ostrowiecki przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:

- a) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
- b) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki: posiadające orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności, o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo traktowane na równi z orzeczeniami o znacznym stopniu niepełnosprawności lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
- c) osób z niepełnosprawnościami, posiadające orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo traktowane na równi z orzeczeniami o znacznym stopniu niepełnosprawności lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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.: osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy;

d) osób z niepełnosprawnościami, posiadające orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo traktowane na równi z orzeczeniami o znacznym stopniu niepełnosprawności lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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.: 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 rankingowa osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają kryterium dostępu i wymagania formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Lista rankingowa zostanie utworzona oddzielnie dla osób:

- a) z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne),
- b) z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne),
- c) z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne),

Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.

11. Realizator Programu poinformuje, w formie pisemnej, uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, o 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 albo o wpisaniu go na listę rezerwową albo poinformuje o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem.

12. Za proces kwalifikacji do Programu odpowiedzialna będzie Komisja Rekrutacyjna, która stworzy listy osób zakwalifikowanych do programu zatwierdzone przez Dyrektora. Pozostali uczestnicy zostaną wpisani na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie kierowana kolejna osoba z listy rezerwowej.

13. Dokumentacja kwalifikacyjna do Programu nie podlega zwrotowi i będzie przetwarzana i przechowywana zgodnie z art. 13 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 dyrektyw 95/46WE (RODO).

14. W przypadku zakwalifikowania się bądź niezakwalifikowania się do Programu, nie jest wydawana decyzja administracyjna i nie przysługuje od niej odwołanie.

§ 5. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

- 1) wskazania w pierwszej kolejności, asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji z zastrzeżeniem, że nie mogą to być osoby będące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem (do karty zgłoszenia należy dołączyć oświadczenie stanowiące **załącznik nr 5 do Regulaminu**);
- 2) korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Beneficjenta;
- 3) bycia traktowanym przez asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
- 4) 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;
- 5) wymagania od asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;

- 6) 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;
- 7) otrzymywania informacji o nieobecności asystenta lub o jego / jej zastępstwie przekazanej przez asystenta lub Beneficjenta;
- 8) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich asystentowi oraz Beneficjentowi.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- 1) współpracy z PCPR oraz asystentem przy realizacji usług asystencji osobistej w miarę jego możliwości;
- 2) traktowania asystenta z należytym szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 3) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z asystentem oraz niewykorzystywania relacji z asystentem do realizacji własnych interesów;
- 4) współpracy z asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;
- 5) wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu;
- 6) umożliwienie asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi, jeżeli usługa asystenta ma być świadczona w mieszkaniu Uczestnika;
- 7) potwierdzania własnoręcznym podpisem wykonania usługi przez asystenta na karcie realizacji usług asystenta w ramach Programu 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;
- 8) 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
- 9) niezwłocznego przekazania Beneficjentowi lub asystentowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
- 10) respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.

3. Realizator zastrzega sobie możliwość:

- 1) przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin niż wnioskowana przez niego w zgłoszeniu;
- 2) zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznanych godzin;
- 3) odmowy kontynuowania świadczenia usług asystenckich w przypadku stwierdzenia nieadekwatności przyznanego wsparcia do rzeczywistych potrzeb osoby niepełnosprawnej, zgodnych z nadrzędnym celem Programu, którym jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia jej w życie społeczne;
- 4) zmiany asystenta świadczącego usługi w danym środowisku w uzasadnionych przypadkach.

§ 6. Realizacja usług asystenta

1. Realizacja usług asystenta odbywać się będzie zgodnie z ustaleniami między Uczestnikiem i asystentem.

2. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje Uczestnika Programu oraz opiekuna prawnego.

3. 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.

4. W czasie wykonywania usługi asystent może zajmować się tylko jednym Uczestnikiem Programu.

5. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być 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, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile obejmują analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.

6. 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.

7. Asystent ma prawo odmówić realizacji usługi:

- 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Uczestnika, asystenta lub osoby trzeciej;
- 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.

8. Niedozwolone jest w trakcie realizacji usługi spożywanie alkoholu, używanie środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem zarówno przez Uczestnika jaki i przez asystenta.

9. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie. O skreśleniu z uczestnictwa w Programie decyduje Dyrektor PCPR.

10. Realizator Programu będzie monitorować świadczenie usług asystencji osobistej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej. Wzór Protokołu z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług stanowi **załącznik nr 7 do Regulaminu**.

§ 7. Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji stanowiącej **załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu z podaniem powodu rezygnacji.

§ 8. 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 decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Centrum zgodnie z zasadami określonymi w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 ogłoszonego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

3. W uzasadnionych przypadkach, Beneficjent zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.

4. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu oraz zapoznania się z Klauzulą informacyjną „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

5. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.

Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do Programu AOON
2. Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu AOON
3. Klauzula informacyjna RODO Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
4. Klauzula informacyjna RODO PCPR
5. Oświadczenie dotyczące wskazania asystenta

6. Karta oceny merytorycznej wniosku
7. Protokół kontroli
8. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

WZÓR

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?

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA³:

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

1. Płeć:

2. Wiek:.....

¹ Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

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

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

3. 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** ☐,
- 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) ślanie 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 monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
 - b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja

2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo ust. 19 niniejszej Karty.

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.

Załącznik nr 8 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2026

WZÓR

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

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

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej: a) ubieranie ☐;
b) korzystanie z toalety ☐;
c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐;
d) czesanie ☐;
e) golenie ☐;
f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐;
g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐;
h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐;
i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;
k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ☐; l) sianie łóżka i zmiana pościeli ☐.
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub

swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;

- b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐;
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

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

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

Miejscowość, dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis realizatora Programu)

Klauzula informacyjna 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: iodo@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 Generatora 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 niepełnosprawnościami” 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 niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
w Programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026**

1. Administratorami danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27 - 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 249 94 08, adres e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych:
e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl.
2. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

Podstawą prawną przetwarzania danych są przepisy: art. 6 ust. 1 lit c RODO, tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, 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, art. 9 ust. 2 lit. b RODO – tj. wypełnienie obowiązków i wykonywania szczególnych praw w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, art. 9 ust. 2 lit. g RODO tj. niezbędność przetwarzania danych ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Ponadto dane osobowe mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Świętokrzyskiemu, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
4. 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.
5. Posiada Pani/Pan z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, następujące uprawnienia: prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, prawo do ich sprostowania, prawo do ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
6. Przysługuje Panu/Pani także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Pani/Panu uczestnictwo w Programie.
8. Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 RODO.

Zapoznałem/am się

(data i podpis uczestnika)

Ostrowiec Św., dnia

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego – jeśli dotyczy

OŚWIADCZENIE

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

Do realizacji usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

1) ☐ wskazuję asystenta:

Imię i Nazwisko

Numer telefonu:

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba: (zaznaczyć X)

☐ nie jest członkiem mojej rodziny, tj. wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochę, ojczymem oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia;

☐ nie zamieszkuje ze mną.

2) ☐ nie wskazuję asystenta;

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 KK)

.....
Podpis uczestnika Programu lub opiekuna prawnego

Ostrowiec Św., dnia

Karta oceny merytorycznej**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Nr sprawy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

Ocena merytoryczna wniosku	
1. Sposób poruszania się wnioskodawcy w miejscu zamieszkania	
Osoba leżąca (5 pkt)	
Przy pomocy sprzętów ortopedycznych (3 pkt)	
Samodzielnie (0 pkt)	
2. Wnioskodawca posiada niepełnosprawność	
Stopień znaczny sprzężony (5 pkt)	
Znaczny (4 pkt)	
Stopień umiarkowany (3 pkt)	
3. Prowadzenie gospodarstwa domowego	
Osoba samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie korzysta ze wsparcia innych osób (5 pkt)	
Osoba zamieszkująca i gospodarująca wspólnie z bliskimi niemająca możliwości korzystania z wzajemnego wsparcia ani nie korzystająca ze wsparcia innych osób jednocześnie spełniająca warunki, o których mowa w części III ust. 2 pkt.2 programu (5 pkt)	
Osoba przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej, tj. rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka (5pkt)	
Osoba przebywająca w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim (5 pkt)	
Osoba zamieszkująca wspólnie z bliskimi mająca wsparcie ze strony bliskich (0 pkt)	
4. Wykazane trudności w codziennym funkcjonowaniu, specjalne okoliczności, które uzasadniają konieczność korzystania z usług asystenckich	
Zaznaczenie w Karcie zgłoszeniowej do programu zakresu czynności oczekiwanych od asystenta form wsparcia - od 11 wzwyż (5 pkt)	
Zaznaczenie w Karcie zakresu czynności oczekiwanych od asystenta form wsparcia - od 6 do 10 (3 pkt)	
Zaznaczenie w Karcie zakresu czynności oczekiwanych od asystenta form wsparcia - od 1 do 5 (1 pkt)	
5. Aktualne korzystanie z innych form wsparcia, np. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, uczestnictwa w dziennych ośrodkach wsparcia, uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej, lub innych usług finansowanych przez Fundusz Solidarnościowy lub PFRON	

Nie korzysta (5 pkt)	
Korzysta (0 pkt)	
Razem (max. 25 pkt)	

.....

.....

.....

(podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej)

Zatwierdzam

.....

(podpis Dyrektora PCPR)

Ostrowiec Świętokrzyski, data kontroli: 2026 r.

PROTOKÓŁ NR
z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy):

.....

3. Adres (miejsce kontroli):

.....

II. Ocena pracy asystenta

1. Imię i nazwisko asystenta:

2. Jak często przychodzi asystent?

.....

.....

3. W jakich godzinach / porach dnia przychodzi asystent?

.....

4. Zakres Czynności, w jakich pomaga Panu(i) asystent:

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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania 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 ☐.

Ustalono, że asystent realizuje / nie realizuje* usługi zgodnie z kartą realizacji usług i zakresem czynności. *(niepotrzebne skreślić)

☐ Uczestnik nie zgłasza zastrzeżeń co do jakości świadczonych usług przez asystenta.

☐ Uczestnik zgłasza następujące uwagi co do jakości świadczonych usług przez asystenta:

.....

Osoby przeprowadzające kontrolę:

1. -.....
2. -.....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Ostrowiec Św., dnia

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres)

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU w Programie Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z udziału w programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....

.....

.....

.....

(czytelny podpis uczestnika Programu)