

# Zarządzenie nr 21/2024

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
we Włocławku

z dnia 26 kwietnia 2024 roku

w sprawie:

## wprowadzenia regulaminu naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Na podstawie § 7 ust. 4 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku (zatwierdzonego uchwałą Nr X/69/2015 Rady Miasta Włocławek z dnia 31 sierpnia 2015 r. oraz zmienionego uchwałami Rady Miasta Włocławek Nr XVII/30/2016 z dnia 21 marca 2016 r. i Nr XXVII/157/2016 z dnia 28 grudnia 2016 r.), w celu realizacji umowy nr 4/2024/A00z.N zawartej w dniu 23.02 2024 r. pomiędzy Gminą Miasto Włocławek a Wojewodą Kujawsko – Pomorskim w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2023 r. środków Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się regulamin naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, stanowiący załącznik do Zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku oraz będzie udostępnione w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie – Centrum Informacji i Profilaktyki Społecznej Osób Niepełnosprawnych, ul. Ogniowa 8/10, 87 - 800 Włocławek.

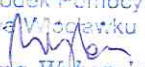
§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje do czasu zakończenia pełnej realizacji Programu.

§ 4. Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierza się Kierownikowi Sekcji Profilaktyki i Wsparcia Społecznego Osób z Niepełnosprawnościami.

p.o. DYREKTORA  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
  
Agnieszka Skonieczna

RADCA PRAWNY  
  
Ewa Sidnińska  
Tr. 749

KIEROWNIK  
Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Społecznego  
Osób z Niepełnosprawnościami  
  
Monika Orzechowska

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Wsparcia Społecznego  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
  
Anna Włobowska



Załącznik  
do Zarządzenia Nr 21 /2024  
Dyrektora Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Rodzinie we Włocławku  
z dnia 26 kwietnia 2024 roku

## REGULAMIN

### NABORU I UCZESTNICTWA W RESORTOWYM PROGRAMIE MINISTERSTWA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2024

#### I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki naboru i uczestnictwa w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024, finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.
2. Regulamin naboru i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” DLA Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 podano do publicznej wiadomości na stronie [www.mopr.wloclawek.pl](http://www.mopr.wloclawek.pl) oraz udostępniono w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
3. Program realizowany jest na podstawie umowy nr ..... zawartej w dniu ..... pomiędzy Wojewodą Kujawsko – Pomorskim a Gminą Miasto Włocławek. Jednostką organizacyjną prowadzącą i nadzorującą realizację umowy jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku.   
*4/2024/A00zN 23.02.2024*
4. Usługi asystenckie, dla mieszkańców Miasta Włocławek, na zlecenie MOPR będą świadczone przez organizacje pozarządowe o których mowa w art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2023 r. o działalności pożytku publicznego i Wolontariacie oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy – po przeprowadzeniu procedury otwartego konkursu ofert.

#### II. Cele Programu

Głównym celem Programu jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:

- 1) dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (planowane 6 dzieci)
- 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadającymi orzeczenie:
  - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności (planowane 113 osób) albo
  - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (planowane 6 osób) albo

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

*hch*



- c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

### III. Formy pomocy i jej zakres

1. Usługi asystencji osobistej mogą w szczególności polegać na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
  - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej;
  - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
  - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
  - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
2. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
3. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
  - 1) 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
  - 2) 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; lub
  - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego w Karcie zgłoszenia do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-edycja 2024.

W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem 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, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

- 1) zaświadczenie o niekaralności,
  - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym,
  - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
4. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:





- 1) 360 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością znaczną sprzężoną oraz traktowane na równi.
- 2) 210 godzin rocznie dla:
  - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną i traktowane na równi.
  - b) dzieci do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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.

Limity te należy wykorzystać nie później niż do dnia 13 grudnia 2024r.

5. Uczestnik Programu za usługi asystencji osobistej nie ponosi odpłatności.
6. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.
7. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę.
8. Usługi asystencji osobistej rozliczane będą na podstawie wypełnionej karty rozliczenia usług.
9. Asystenci nie świadczą usług rehabilitacyjnych.
10. Asystenci nie wykonują żadnych czynności medycznych.

#### **IV. Zasady naboru oraz warunki uczestnictwa w Programie**

1. Dokumenty rekrutacyjne do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST — edycja 2024 należy składać w Sekcji Profilaktyki i Wsparcia Społecznego Osób z Niepełnosprawnościami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, przy ul. Ogniowej 8/10, sala przyjęć stanowisko 11 lub pocztą na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87 - 800 Włocławek.
2. Nabór uczestników do Programu prowadzony będzie w terminie określonym przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku odrębną informacją, która zostanie podana do wiadomości publicznej.
3. W sytuacji, kiedy w terminie o którym mowa w ust. 2 do Programu nie zgłosi się przewidywana liczba osób, Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku ma prawo wyznaczenia kolejnego terminu naboru bez konieczności wprowadzania dodatkowych zmian do niniejszego Regulaminu.
4. Dokumenty rekrutacyjne do Programu stanowi:





- 1) karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, załącznik nr 1;
  - 2) orzeczenie o niepełnosprawności – dotyczy dzieci do 16 roku życia;
  - 3) orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
  - 4) zakres czynności w ramach usług asystenta, załącznik nr 2
  - 5) klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych, załącznik nr 3
5. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
  6. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej przez pracownika merytorycznego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
  7. Ocena formalna Karty zgłoszenia do Programu stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu naboru i uczestnictwa.
  8. W przypadku złożenia przez uczestnika Programu niekompletnej dokumentacji, zostanie on wezwany do uzupełnienia braków formalnych w wyznaczonym terminie. W przypadku gdy uczestnik Programu nie uzupełni w wyznaczonym terminie braków formalnych, niniejsza Karta zgłoszenia zostanie rozpatrzona negatywnie.
  9. Po dokonaniu oceny formalnej, Karta zgłoszenia do Programu podlega ocenie merytorycznej dokonanej przez Komisję powołaną Zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, w oparciu o kartę oceny merytorycznej stanowiącej załącznik nr 5 do Regulaminu naboru i uczestnictwa.
  10. W pierwszej kolejności usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 przyznawane są dla osób samotnych, które pozytywnie przeszły ocenę formalną oraz uzyskały największą liczbę punktów na karcie oceny merytorycznej. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów przez kilka osób, o przyznaniu usług asystenckich decyduje kolejność wpływu Karty zgłoszenia do Programu wraz z załącznikami.
  11. Decyzje o przyznaniu lub odmowie objęcia wsparciem usług asystencji osobistej podejmuje Realizator Programu.
  12. Wszyscy kandydaci, którzy przeszli pozytywnie ocenę formalną oraz merytoryczną ale nie zostali zakwalifikowani do uczestnictwa w Programie, z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, zostaną wpisani na listę rezerwową.

## V. Prawa i obowiązki uczestników Programu

1. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym uczestnik został objęty pierwszą usługą wsparcia.
2. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej formy wsparcia.
3. Uczestnik Programu zobowiązuje się do:
  - 1) udostępnienia danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST — edycja 2024. Odmowa podania danych osobowych będzie uniemożliwiała udział w Programie;



hch



- 2) niezwłocznego informowania o wszelkich sytuacjach mających wpływ na realizację usług w szczególności o: zmianie miejsca zamieszkania, stanie zdrowia, pobytach w szpitalu, wyjazdach na turnusy rehabilitacyjne, nieprawidłowo realizowanej usłudze.
4. Uczestnik ma obowiązek potwierdzić zrealizowanie usługi własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług.
5. Każdy uczestnik ma prawo do:
  - 1) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielania;
  - 2) zgłaszania uwag i oceny usług, którymi został objęty w realizowanym Programie.

## VI. Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu.
2. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich ogłoszenia.
3. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.
4. Gmina Miasto Włocławek zastrzega sobie prawo zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się zapisy Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

p.o. DYREKTORA  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
*Agnieszka Skonieczna*

RADCA PRAWNY

*Ewa Sianiewska*  
Tr. 749

KIEROWNIK

działania Profilaktyki i Wspierania Społecznego Osób z Niepełnosprawnością  
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.

ZASTĘPCA DYREKTORA

ds. Wspierania Społecznego

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie

we Włocławku

*Anna...*



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

## Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

### 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, to proszę podać jego imię i nazwisko

.....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

8. Jaki jest Pana(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 - Tak  / Nie

11. Czy porusza się Pan(l):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów  
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie  
ani z pomocą sprzętów  
ortopedycznych



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków  
Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy



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 zamieszkuje Pan(i) sam(a)? - Tak  / Nie

## II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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, to proszę podać jego imię i nazwisko (nr telefonu): .....

.....

5. W jakich godzinach / porach dnia / w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

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

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? .....

.....



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy





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) korzystanie z toalety Tak  / Nie .

b) myciu głowy, myciu ciała, kąpiel Tak  / Nie .

c) czesanie Tak  / Nie .

d) golenie Tak  / Nie .

e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu Tak  / Nie .

f) obcinanie paznokci rąk i nóg Tak  / Nie .

g) zmianie pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku  
usadzanie w wózku Tak  / Nie .

h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń Tak  / Nie .

i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych Tak  / Nie .

j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym przez PEG i sondę) Tak  / Nie .

k) sianie łóżka i zmiana pościeli Tak  / Nie .

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie

a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania - sprząatanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku  
i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci Tak  / Nie .

b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo 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 - 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.) Tak  / Nie .

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 .



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków  
Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy



- 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się Tak  / Nie ;
  - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze Tak  / Nie ;
  - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. Tak  / Nie ;
  - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością Tak  / Nie ;
  - i) w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji 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 ;



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy



#### 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 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 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość ....., data .....

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



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

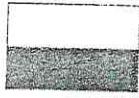
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy

**KIEROWNIK**  
Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Społecznego  
Osób z Niepełnosprawnościami

*Monika Orzechowska*

PRACOWNIK SOCJALNY

*Agnieszka Rudzińska*



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 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci 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.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy*



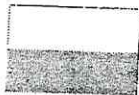
**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

**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) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a) korzystanie z toalety
  - b) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
  - c) czesaniu
  - d) goleniu
  - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
  - f) obcinaniu paznokci rąk i nóg
  - g) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
  - h) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym przez PEG i sondę)
  - k) sianie łóżka i zmiana pościeli
  
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie
  - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania - sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo osobie 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 - 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 gołarka, 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) wsparcie 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) wsparcie 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji .

Wrocław, dnia .....

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



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków  
Sekcja Profilaktyki Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy

PRACOWNIK SOCJALNY  
*Agnieszka Rudzińska*  
Agnieszka Rudzińska

Osoba z Niepełnosprawnością  
*Monika Orzechowska*  
Monika Orzechowska



Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

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 i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej Administrator) jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą we Włocławku przy ul. Ogniowej 8/10, nr telefonu 54 423-23-00, adres e-mail: sekretariat@mopr.wloclawek.pl., w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować pod adresem Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87-800 Włocławek, mailowo: iod@mopr.wloclawek.pl Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, 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 i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy



### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **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 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

### **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) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

### **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 2024.

Włocławek, dnia .....

.....  
podpis uczestnika / opiekuna prawnego



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowany ze środków  
Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy

KIEROWNIK

Wojewódzka Fundacja Profilaktyki i Wspierania Społeczności  
Osób z Niepełnosprawnościami

8

Monika Orzechowska





Załącznik nr 4  
do Regulaminu Naboru i uczestnictwa w  
resortowym Programie Ministerstwa Rodziny  
i Polityki Społecznej „Asystent osobisty  
osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-  
edycja 2024

**KARTA OCENY FORMALNEJ**  
**KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU AON 2024**

Nazwisko i imię	
Numer karty zgłoszenia	

1. karta zgłoszenia została złożona we właściwej instytucji .....
2. karta zgłoszenia została/nie została\* złożona w terminie naboru (data wpływu).....
3. karta zgłoszenia została sporządzona na obowiązującym formularzu.....
4. wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku.....
5. dołączono wszystkie wymagane załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Data uzupełnienia
		TAK	NIE	
1.	Karta zgłoszenia (zał. nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa) jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów			
2.	Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)			
3.	Karta zakresu czynności w ramach usług asystenta do Programu (zał. nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa)			
4.	Klauzula informacyjna RODO w ramach „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024 (zał. nr 3)			

W dniu sporządzenia oceny formalnej tj. ....wniosek kompletny/niekompletny\*.

W dniu .....wysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych w terminie do.....

W dniu ..... wniosek uzyskał ocenę formalną: **pozytywną**  **negatywną**

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Data i podpis pracownika

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowany ze środków Państwowego Funduszu Celowego - Fundusz Solidarnościowy.



Załącznik nr 5  
do Regulaminu Naboru i uczestnictwa w resortowym Programie Ministerstwa  
Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

### Karty Zgłoszenia do Programu AON 2024

Nazwisko i imię	
Numer karty zgłoszenia	
Stopień niepełnosprawności	

KRYTERIA			Ilość pkt.
1.	Osoba wymagająca wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi	Niepełnosprawność sprzężona – co najmniej 3 oznaczenia niepełnosprawności (3 pkt) Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą przedmiotów ortopedycznych (3 pkt) Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą przedmiotów ortopedycznych (3 pkt)	Brak niepełnosprawności sprzężonej – 1 oznaczenie niepełnosprawności (1 pkt)
2.	Sposób poruszania się osoby z niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania	Niepełnosprawność sprzężona – co najmniej 2 oznaczenia niepełnosprawności (2 pkt) Z pomocą sprzętów ortopedycznych (2 pkt)	Samodzielnie (1 pkt)
3.	Sposób poruszania się osoby z niepełnosprawnością poza miejscem zamieszkania	Z pomocą sprzętów ortopedycznych (2 pkt)	Samodzielnie (1 pkt)





4.	Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą samotnie gospodarującą? (nie dotyczy dzieci do 16 r.ż.)	TAK (2 pkt)	NIE (0 pkt)	
5.	Czy osoba z niepełnosprawnością uczestniczy w zajęciach organizowanych przez ośrodki wsparcia (np. dom dziennego pobytu)?	TAK (1 pkt)	NIE (2 pkt)	
6.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form typu: usługi sąsiedzkie, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze?	TAK (1pkt)	NIE (2pkt)	
7.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form wsparcia finansowanych z Funduszu Solidarnościowego?	TAK (1 pkt)	NIE (2 pkt)	
				Łączna ilość punktów
Uwagi				

Zakwalifikowano do udziału w Programie: TAK  NIE

Wpisano na listę rezerwową do udziału w Programie: TAK  NIE

Podpisy Komisji:

1..... 2.....

3..... 4.....

KIEROWNIK

Sekcja Profilaktyki i Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami

*M.O.*

Monika Orzechowska



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej