

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Adres e mail:.....

5. Data urodzenia: wiek:

6. Status na rynku pracy:

.....

7. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny **Tak** ☐ / **Nie** ☐Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

Czy uczestnik posiada opiekuna faktycznego, który podpisuje w jego imieniu dokumenty związane z rekrutacją do projektu? **Tak** ☐ / **Nie** ☐Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności (symbol niepełnosprawności jeśli występuje):

.....

9. 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 ☐

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **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 wsparci
a innych osób itp. ☐3) nie porusza
samodzielnie poza
miejscem
zamieszkania ☐Osoba chodząca ☐ osoba leżąca ☐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 gospodarującą, która nie ma możliwości skorzystanie ze wsparcia osób bliskich?
Tak ☐ / **Nie** ☐15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez
możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** ☐ / **Nie** ☐**II. ŚRODOWISKO:**

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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA ¹:

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** ☐

¹ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko:

.....

Telefon kontaktowy /e-mail:

.....

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

.....

.....

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

.....

A/ dziennie.....

B/ tygodniowo

C/ miesięcznie.....

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) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐.

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

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą 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 **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- b) dokonywanie bieżących zakupów (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 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)) - 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:

obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** ☐ / **Nie** ☐.

- a) wyjście na spacer **Tak** ☐ / **Nie** ☐.
- b) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** ☐ / **Nie** ☐.
- c) 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** ☐.
- d) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **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** ☐

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 Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.
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 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 13 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 Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 5 pkt 1 i 2 Programu.

6. Oświadczam, że wszelkie zmiany dotyczące mojego ewentualnego udziału w programach „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 realizowanych przez inne NGO oraz w programach Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025” będą niezwłocznie zgłaszane koordynatorowi projektu.

7. Oświadczam, że w roku 2025 w ramach wszystkich programów asystenckich finansowanych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej nie przekroczylem lub nie przekrocze do 31.12.2025 limitu** należnych mi godzin usług.

8. Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) 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 (dalej zwanym „RODO”) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla celów rekrutacji do projektu „**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**” realizowanego ze środków w ramach Funduszu Solidarnościowego Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych Internationaler Bund Polska, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO.

Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Internationaler Bund Polska z siedzibą w Krakowie adres: Al. Daszyńskiego 22, 31-534 Kraków. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych, w tym uzyskania ich kopii oraz ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych do innego administratora oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 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 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 godzin dla poszczególnych osób:

- osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym ze sprzężeniami – 840 godzin;
- osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym – 720 godzin;
- osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym ze sprzężeniami – 480 godzin;
- osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym – 360 godzin;
- dzieci od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji - 360 godzin.

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)