Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Data przyjęcia deklaracji, nr deklaracji:……

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ" DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

I. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko: ……
Adres: ……
Telefon kontaktowy: ……
Data urodzenia: ……
Status na rynku pracy: ……

II. RODZAJ POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁSPRAWNOŚCI

DZIECI OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA

☐ 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

OSOBY DOROSŁE ORAZ DZIECI, KTÓRE UKOŃCZYŁY 16. ROK ŻYCIA

☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – niepełnosprawność sprzężona*, symbole przyczyn niepełnosprawności ……

☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – niepełnosprawność sprzężona*, symbole przyczyn niepełnosprawności ……

☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

☐ lub traktowane na równi z orzeczeniami w/w wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, proszę wskazać rodzaj orzeczenia ……
……
……

III. W JAKIM ZAKRESIE WYMAGA PAN/PANI WSPARCIA W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

☐ **wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej.**

Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……
……
……

*Niepełnosprawność sprzężona to niepełnosprawność wieloraka, złożona, składająca się z co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności, w orzeczeniu oznaczone zostają w następujący sposób: 01-U, 02-P, 03-L, 04-O, 05-R, 06-E, 07-S, 08-T, 09-M, 10-N, 11-I, 12-C.

……
……
……

 wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……..
……
……
……
……
……

 wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……
……
……
……
……
……

 wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……..
……
……
……
……
……

 w przypadku dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością zaprowadzanie do placówki oświatowej i przyprowadzanie z niej, asystencji osobistej na terenie szkoły (tylko w przypadku gdy szkoła nie zapewnia tej usługi). Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……..
……
……
……
……
……

IV. POTENCJALNY WPŁYW USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU A TAKŻE TRWAŁOŚĆ REZULTATÓW

Proszę opisać w jaki sposób usługi asystencji osobistej poprawią Pana/Pani funkcjonowanie w środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania Pana/Pani potrzeb oraz włączą w życie społeczne: ……..
……
……

……
……
……

V. REALIZACJA USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

Do realizacji usług asystencji osobistej zamierzam:

□ **wskazać osobę, niebędącą członkiem mojej rodziny**

(na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające z uczestnikiem we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi z uczestnikiem.

□ **nie wskazywać osoby do świadczenia w/w usług.**

Jednocześnie będę oczekiwać na dobór i zatrudnienie asystenta, który spełni wymogi określone w Programie, co może wydłużyć okres oczekiwania na asystenta.

VI. JAKA LICZBA GODZIN USŁUG ASYSTENTA MIESIĘCZNIE JEST PANU/PANI NIEZBĘDNA W ROKU 2026?

……

VII. CZY MOŻE PAN/PANI LICZYĆ NA WSPARCIE INNYCH OSÓB?

□ TAK □ NIE

VIII. INFORMACJE OGÓLNE

1. Złożenie Deklaracji osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 u Realizatora **nie oznacza pewności udziału w Programie i nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.**
2. Niezakwalifikowanie Deklaracji wstępnej do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 może wynikać z niedostatecznego opisu w części III Deklaracji lub niewypełnienie części I, II, IV, V,VI i VII.
3. Za realizację usług asystencji osobistej uczestnik Programu nie ponosi odpłatności.
4. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej **nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz inne usługi asystenckie lub opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.** Usługi asystencji osobistej nie mogą swoim zakresem zastępować usług opiekuńczych.

5. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielanie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
6. Deklaracje osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 należy składać **w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Branicach, ul. Główna 61, w pokoju nr 1 i 4 lub drogą emaliową: opsbranice@post.pl.**

.....

Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie