

ZARZĄDZENIE NR 021.6.2025
KIEROWNIKA GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W WOLI
KRZYSZTOPORSKIEJ

z dnia 15 października 2025 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu i Procedur postępowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Woli Krzysztoporskiej w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Na podstawie art. 1, art. 6 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.), art. 115, art. 115a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.) oraz § 3 ust.7 załącznika do uchwały Nr XL/410/18 Rady Gminy Wola Krzysztoporska z dnia 17 maja 2018 r. w sprawie nadania statutu Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2018 r., poz. 2983) zarządzam, co następuje:

§ 1. Ustala się Regulamin i Procedury postępowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 września 2025r.

Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Woli Krzysztoporskiej
Małgorzata Walas



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

PHYSICAL CHEMISTRY

Regulamin i Procedury postępowania
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej
w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego- edycja 2026

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026, (dalej zwany Programem) jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.
2. Niniejsze Procedury określają zasady realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.
3. Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 będzie realizowany na terenie Gminy Wola Krzysztoporska.
4. Realizatorem Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, ul. Szkolna 6, 97- 371 Wola Krzysztoporska.
5. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848), oraz Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 zatwierdzony i zaakceptowany przez Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

§ 2

Cele i adresaci Programu

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób z niepełnosprawnościami zamieszkującymi na terenie gminy Wola Krzysztoporska. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
2. Program będzie realizowany przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli

Krzysztoporskiej zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi wnioskiem Gminy Wola Krzysztoporska oraz na podstawie umowy zawartej pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Gminą Wola Krzysztoporska.

3. Adresatami programu są:

a. dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz

b. osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo

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

4. Realizator Programu zakłada objęcie w 2026 roku wsparciem usług asystenta osobistego maksymalnie 15 osób z niepełnosprawnościami, zamieszkujących na terenie gminy Wola Krzysztoporska. W przypadku, gdy któraś z osób z przyczyn losowych zrezygnuje z uczestnictwa wówczas Realizator wskazuje kolejno osobę z listy rezerwowej i liczba zarówno uczestników jaki i asystentów może się zmienić.

5. Realizator Programu zakłada zatrudnić maksymalnie 15 asystentów na podstawie Umowy Zlecenie (załącznik nr 15 do Regulaminu), z tym, że liczba ta może ulec zmianie w zależności od sytuacji. Ustala się jednak, że jeden asystent nie może mieć pod opieką więcej niż trzy osoby z niepełnosprawnościami.

6. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi asystencji.

7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2026 roku wynosi:

- 840 godzin rocznie dla osoby posiadającej orzeczenie:

a. o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b. traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i



art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z niepełnosprawnością sprzężoną,

- 720 godzin rocznie dla osoby posiadającej orzeczenie:

a. o znacznym stopniu niepełnosprawności,

b. traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

- 480 godzin rocznie dla osoby posiadającej orzeczenie:

a. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b. traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną,

- 360 godzin rocznie dla osoby posiadającej orzeczenie:

a. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b. traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

c. dla dzieci od ukończenia 2. roku życia 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.

8. Liczba godzin usług asystenckich może ulec zmniejszeniu z powodu braku pełnego dofinansowania Programu przez Łódzki Urząd Wojewódki w Łodzi i zostać przydzielona zgodnie z kartą oceny sporządzoną przez pracowników socjalnych. Karta ta zawiera ocenę indywidualnej sytuacji uczestnika z uwzględnieniem potrzeb wymagających wsparcia uczestnika, poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością czy możliwości uzyskania pomocy od osób innych, co w pełni jest zgodne z programem Asystent Osobisty osoby z Niepełnosprawnością- edycja 2026.

§ 3

Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu

1. Program będzie realizowany w zakresie zapewnienia usługi asystencji osobistej osobie z niepełnosprawnością, zwanej dalej „uczestnikiem” świadczoną przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem. (Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).
3. W pierwszej kolejności asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika Programu lub jego prawnego opiekuna.
4. W przypadku gdy to Realizator Programu będzie zobowiązany do wskazania asystenta osobistego wówczas usługi asystencji osobistej będą mogły być świadczone przez osoby pełnoletnie, niespokrewnione (§3 pkt 2 niniejszego Regulaminu), posiadając dokument potwierdzający uzyskane kwalifikacje 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 lub opiekuńczym, a także posiadające co najmniej 6- miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu pierwszej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu. W przypadku wskazania przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (dot. osoby małoletniej albo całkowicie ubezwłasnowolnionej) należy złożyć stosowne oświadczenie o przygotowaniu do świadczenia usług asystencji osobistej.
5. Osoba wskazana przez uczestnika Programu składa do realizatora Programu następujące dokumenty:
 - informację o osobie z Krajowego Rejestru Karnego (dot. przeciwdziałania zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich)- w przypadku gdy asystent będzie pełnił asystenturę u dzieci od 2 do 16 roku życia;

- pisemną zgodę o zaakceptowaniu asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego osoby małoletniej;
- oświadczenie potwierdzające brak pokrewieństwa między asystentem a uczestnikiem programu;
- klauzule informacyjną RODO Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej (załącznik nr 1 do Regulaminu);
- informację o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO (załącznik nr 2 do Regulaminu);
- oświadczenie dla celów podatkowych i ubezpieczenia ZUS do umowy zlecenia (załącznik nr 3 do Regulaminu).

6. W ramach przyznanej usługi asystencji osobistej prowadzona będzie miesięczna ewidencja realizacji usług asystenta według założeń Programu zgodnie z następującymi dokumentami:

- karta realizacji usług asystencji osobistej (załącznik nr 11 do Regulaminu);
- rachunek (załącznik nr 4 do Regulaminu);
- ewidencja przebiegu pojazdu (załącznik nr 5 do Regulaminu);
- ewidencja zakupu biletów komunikacyjnych (załącznik nr 6 do Regulaminu);
- ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką (załącznik nr 7 do Regulaminu).

7. 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 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.

8. Asystent zobowiązany jest wypełnić w każdym miesiącu po jego przepracowaniu (nie wcześniej jednak niż ostatniego dnia miesiąca) dokumenty zawarte w §3 punkcie 6 Regulaminu do 5- go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do realizatora Programu.

9. Sprostowanie błędów i oczywistych omyłek zawartych w dokumentach dotyczących niniejszego Programu usług asystencji osobistej dokonuje się poprzez skreślenie nieprawidłowych wyrazów i czytelne wpisanie nad lub obok skreślonego wyrazu właściwych danych, oraz wpisanie daty i złożenie czytelnego podpisu asystenta jak również uczestnika Programu lub opiekuna prawnego uczestnika.

10. Asystent zobowiązany jest złożyć w miesiącu grudniu dokumenty zawarte w §3 pkt 6 Regulaminu usług asystencji osobistej do dnia 14.12.2026 roku.

§ 4

Nabór i uczestnictwo w Programie

1. Osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu zobowiązana jest złożyć dokumenty w formie papierowej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej ul. Szkolna 6, 97- 371 Wola Krzysztoporska, w godzinach urzędowania tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30- 15.30.

2. Zgłoszenie do Programu następuje poprzez złożenie następujących dokumentów:

- orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniami zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- oświadczenie uczestnika do Programu (załącznik nr 8 do Regulaminu);
- karty zgłoszeń do Programu (załącznik nr 9 do Regulaminu);
- karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej (załącznik nr 10 do Regulaminu);
- klauzuli informacyjnej RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (załącznik nr 1 do Regulaminu);
- informacji o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO (załącznik nr 2 do Regulaminu).

3. Niezbędne dokumenty zgłoszeniowe do Programu dostępne są w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej oraz na stronie Internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej i Urzędu Gminy Wola Krzysztoporska.

4. Termin rozpoczęcia i zakończenia naboru jest ogłaszony na stronie internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Gminy Wola Krzysztoporska (zawsze w roku bieżącym na rok kolejny), zgodnie z wytycznymi zawartymi w Porogamie.

5. O zakwalifikowaniu do Programu będą decydować następujące kryteria:

- złożona deklaracja chęci udziału w Programie podczas sporządzania potrzeby diagnozy potrzeb (mająca miejsce w roku 2025)- po ogłoszeniu ukazany na stronie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej i Gminy Wola Krzysztoporska:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Wola Krzysztoporska;
- kryteria priorytetowe zawarte w ogłoszonym Programie;
- kompletność wymaganych dokumentów;
- termin zgłoszenia (dokumenty, które zostaną dostarczone do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej po terminie określonym w ogłoszeniu zostaną umieszczone na liście rezerwowej).

W przypadku gdy osobie, która złożyła dokumenty, w trakcie trwania Programu upływa termin orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Realizator może przyznać usługę asystencką tylko do dnia ważności orzeczenia. Wówczas ilość przyznanych godzin zostaje pomniejszona proporcjonalnie do okresu trwania orzeczenia. Z dniem przedłużenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osobie uczestnikowi przysługuje przedłużenie usług asystenckich. Jeśli orzeczenie zostaje zmienione na wyższe lub niższe istnieje możliwość zmiany limitu przyznanych wcześniej godzin.

6. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej jako realizator Programu może określić limit osób objętych asystenturą, oraz limit przyznanych godzin co wynika z wewnętrznych unormowań pracy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej a także limitów i środków przyznanych na ten cel.

7. Osoby z listy rezerwowej (która jest sporządzana na bieżąco) będą mogły wziąć udział w Programie po rezygnacji któregoś z uczestników, bądź nieprzewidzianej sytuacji losowej np. śmierci, czy innych zdarzeń losowych.

8. Osoby, które zgłosiły swoje wnioski o udział w Programie, na każdym etapie trwania Programu będą mogły wycofać się z niego złożony pisemne oświadczenie do Realizatora.

9. Warunkiem rozpoczęcia świadczenia usług jest podpisanie umowy zlecenie przez realizatora Programu (Zleceniodawcę) z asystentem (Zleceniobiorcą).

10. Po zakończeniu naboru i podpisaniu umowy z Łódzkim Urzędem Wojewódzkim w Łodzi Realizator Programu zatrudni asystentów w pierwszej kolejności wskazanych przez uczestników na warunkach określonych w Programie.

11. W przypadku braku wskazania asystenta przez uczestnika, nabór asystentów nastąpi zgodnie z założeniami zawartymi w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

12. W przypadku otrzymania mniejszej kwoty środków finansowych niż wnioskowana przez

Realizatora w Generatorze Funduszu Solidarnościowego, dopuszcza się u poszczególnych uczestników zmniejszenie liczby godzin. Realizator Programu zastrzega sobie możliwość przyznania w pełnym wymiarze godzin usług asystenckich w pierwszej kolejności osobom z niepełnosprawnościami, które samodzielnie gospodarują oraz osobom z niepełnosprawnościami, które gospodarują z bliskimi, ale bliscy ci nie mają możliwości zapewnienia im całodobowego wsparcia (są to np. osoby pracujące, chore itp.). Pozostałe osoby, które poprzez kartę zgłoszenia wyraziły chęć udziału w Programie, będą miały możliwość uzyskania usług asystenckich w pomniejszonej liczbie godzin- wskazanej przez Realizatora Programu. Na ilość przyznanych godzin asystenckich będzie miała również wpływ absencja asystenta podczas monitoringu u osób, które w roku poprzednim brały udział w Programie. Nieobecność asystenta, zwłaszcza kilkukrotna, nie zgłoszona w odpowiednim czasie do koordynatora Programu będzie obligatoryjna z pomniejszeniem godzin usług asystenckich na kolejny rok. Osoby nie mające możliwości wsparcia ze strony bliskich, oraz które nie są objęte wsparciem w ramach innych Programów, projektów czy usług świadczonych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej i spełniające kryteria niniejszego Programu mają pierwszeństwo w przyznawaniu godzin asystenckich. Dokumentem potwierdzającym powyższe informacje będzie kryterium punktowe sporządzane przez pracownika socjalnego Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej w miejscu zamieszkania uczestnika (załącznik nr 14 do Regulaminu).

Jeśli pod jednym adresem zamieszkuje więcej niż jedna osoba z niepełnosprawnością i każda z nich złożyła osobny wniosek o przyznanie usług asystencji osobistej, wówczas Realizator ma możliwość przyznania usług jednej osobie. Kluczowym w powyższym będzie zamieszkiwanie i gospodarowanie z osobami trzecimi i ich stan zdrowia.

Realizator Programu biorąc pod uwagę kryteria punktowe zakłada, że osoby, które uzyskały podczas wywiadu z pracownikiem socjalnym mniej niż 89 punktów są wpisywane na listę rezerwową, osoby, które otrzymały od 90 punktów do 115 punktów otrzymują 50 % godzin usług asystenckich zaś osoby, które uzyskały powyżej 116 punktów otrzymują 75 % usług asystenckich przyznawanych zgodnie z posiadaniem orzeczeniem o niepełnosprawności. Osoby powyżej 16 roku życia, które pobierają z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej świadczenie pielęgnacyjne będą miały przyznawane godziny usług asystenckich po indywidualnym rozpoznaniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Dzieci od 2 roku życia do 16 roku życia,



których opiekunowie pobierają z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej świadczenie pielęgnacyjne będą miały przyznane 50 % usług asystenckich.

13. Osoby, które nie zostały zakwalifikowane do Programu z różnych przyczyn zostaną wpisane na listę rezerwową.

14. W przypadku rezygnacji któregoś z uczestników Programu, lub nieprzewidzianej sytuacji losowej (zgon, długotrwały pobyt w szpitalu itp.) Realizator ma prawo rozdysponować pozostałe uczestnikowi godziny i decyduje o przydziale i ilości tych godzin. Istnieje możliwość rozdysponowania poszczególnych godzin na uczestników mających pomniejszony limit godzin usług asystenckich lub na osoby z listy rezerwowej, po wcześniejszym uzgodnieniu z Łódzkim Urzędem Wojewódzkim w Łodzi i zaakcentowaniu przez Urząd nowego wniosku w Generatorze Funduszu Solidarnościowego.

§ 5

Kontrola i monitorowanie

1. Realizator Programu w każdym czasie realizacji usługi ma prawo przeprowadzić kontrolę oraz monitoring prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami Programu, również niezapowiedzianie.
2. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej (załącznik nr 12 do Regulaminu).
3. Korzystanie z usług asystencji osobistej oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez uczestnika Programu na przeprowadzenie kontroli w miejscu realizacji usług.

§ 6

Prawa i obowiązki uczestnika Programu

1. Uczestnika i asystenta powinna łączyć profesjonalna relacja wzajemnego szacunku i zaufania.
2. Jako zachowania niedopuszczalne w trakcie realizacji usług traktuje się:
 - spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz pozostawania pod ich wpływem;
 - stosowanie wszelkiej formy przemocy wobec asystenta (takich jak popychanie, szarpanie, gryzienie, drapanie itp.) oraz niewłaściwe odnoszenie się;

- inne zachowania niepozwalające na prawidłową realizację usług.

3. Uczestnik programu ma prawo do:

- udziału w zaplanowanych formach wsparcia;
- decydowaniu o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia przez asystenta;
- przekazywaniu uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich asystentowi oraz realizatorowi Programu;
- zachowania przez asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej uczestnika, a także osób wspólnie zamieszkujących z uczestnikiem Programu;
- rezygnacji z uczestnictwa w Programie w każdej chwili jego trwania. W tej sytuacji zobowiązany jest złożyć pisemną rezygnację z podaniem powodu rezygnacji do realizatora Programu.

4. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- współpracy z realizatorem Programu oraz asystentem;
- niewykorzystywania relacji z asystentem do realizacji własnych interesów;
- do ustalenia z asystentem terminów usług w czasie umożliwiającym ich zorganizowanie;
- umożliwienie asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi;
- wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały zamieszczone w Programie oraz w Karcie zakresu czynności;
- umożliwienia asystentowi skorzystania z pomieszczeń sanitarnych;
- niezwłocznego poinformowania w formie pisemnej realizatora Programu w przypadku konieczności rezygnacji ze świadczonych usług asystenta;
- potwierdzenia własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług asystencji osobistej o łącznej liczbie zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej za każdy miesiąc, (w przypadku dzieci do 16 r.ż oraz osób ubezwłasnowolnionych podpis składa opiekun prawny).

5. Niewywiązywanie się przez uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem uczestnictwa w Programie i rozwiązaniem umowy lub zmianie warunków umowy zawartej pomiędzy realizatorem a asystentem na rzecz danego uczestnika.



§ 7

Prawa i obowiązki asystenta Programu

1. Asystent nie podejmuje decyzji za uczestnika Programu, jego celem jest wspieranie lub pomoc w realizacji osobistych celów.
2. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz uczestnika Programu a nie dla pozostałych członków rodziny uczestnika.
3. Niedozwolone jest spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz pozostawania pod ich wpływem w trakcie realizacji usług przez asystenta.
4. Asystent Programu jest zobowiązany do:
 - informowania o swojej nieobecności realizatora Programu oraz w pierwszej kolejności uczestnika;
 - wykonywania powierzonych usług z należytą starannością;
 - kierowaniem się zasadami poufności, akceptacji, szacunku, empatii i indywidualnym podejściem do uczestnika Programu;
 - zachowania w tajemnicy wszystkich informacji jakie uzyskał w trakcie pełnienia usług;
 - zgłoszenia realizatorowi Programu każdych zmian mających wpływ na realizację usług asystenckich oraz zgłaszania każdych niepokojących zachowań ze strony uczestnika lub jego najbliższych;
 - realizowania usług asystenckich zgodnie z Programem oraz Regulaminem.
5. Asystent ma prawo do nieświadczenia usług asystencji osobistej w przypadku niedyspozycji zdrowotnej czy planowanego urlopu. O zaistniałej sytuacji informuje realizatora Programu jak i uczestnika.
6. Dozwolone jest używanie przez asystenta samochodu prywatnego w celu świadczenia usług asystenckich na podstawie odrębnych przepisów i zawartej umowy na wykorzystywanie samochodu osobowego (załącznik nr 13 do Regulaminu).

§ 8

Sposób koordynacji Programu

1. Powyższy program będzie koordynowany przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, a w razie jego nieobecności przez osobę przez niego wskazaną.

2. Koszty obsługi Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 mogą być przeznaczone na obsługę administracyjną (np.: dodatki specjalne, czy wynagrodzenie kadry administracyjnej, obsługę księgową czy merytoryczną) jak również na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji Programu i koszty połączeń telefonicznych. Zaznacza się, że powyższe wydatkowanie będzie zgodne z zasadą należytej staranności: celowe, rzetelne, racjonalne i oszczędne, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób, który zapewni prawidłową i terminową realizację Zadania oraz osiągnięcie celów określonych w umowie oraz Programie.

§ 9

Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez cały czas trwania Programu. Ulec może zmiana kategorii orzeczenia o niepełnosprawności każdego Uczestnika korzystającego z Programu (zapisy § 2 obowiązują także podczas trwania rekrutacji w 2026 roku oraz na nową edycję Programu na rok 2027).
2. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu w każdym czasie. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich podpisania i podania do wiadomości uczestnikom Programu i asystentom.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.
4. W kwestiach nie ujętych w zapisach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 oraz Regulaminie rozstrzygnięcie podejmuje Realizator Programu.

Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Woli Krzysztoporskiej

Małgorzata Wałas

ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU:

- załącznik nr 1 do Regulaminu: Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025
- załącznik nr 2 do Regulaminu: Klauzula Informacyjna
- załącznik nr 3 do Regulaminu: Oświadczenie Zleceniobiorcy
- załącznik nr 4 do Regulaminu: Rachunek do umowy zlecenia
- załącznik nr 5 do Regulaminu: Ewidencja przebiegu pojazdu
- załącznik nr 6 do Regulaminu: Ewidencja biletów komunikacyjnych
- załącznik nr 7 do Regulaminu: Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu
- załącznik nr 8 do Regulaminu: Oświadczenie uczestnika
- załącznik nr 9 do Regulaminu: Karta zgłoszenia do Programu
- załącznik nr 10 do Regulaminu: Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
- załącznik nr 11 do Regulaminu: Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
- załącznik nr 12 do Regulaminu: Protokół kontroli prawidłowości wykonywania usług asystenckich
- załącznik nr 13 do Regulaminu: Umowa wykorzystania samochodu osobowego
- załącznik nr 14 do Regulaminu: Kryteria punktowe,
- załącznik nr 15 do Regulaminu: Umowa Zlecenie.

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 niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

- w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

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

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

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

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026

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

- 1 Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, ul. Szkolna 6, 97-371 Wola Krzysztoporska, tel. 44 616 32 84, e-mail: gops@wola-krzysztoporska.pl
- 2 Inspektorem Ochrony Danych jest Pan Marcin Tynda, tel.: 504 112 162, e-mail: iod@efigo.pl.
- 3 Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
- 4 Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026.
- 5 Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
- 6 Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące



usługi asystenta.

- 7 Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz innym podmiotom uczestniczącym w Programie m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
- 8 Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).
Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
- 9 Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
- 10 Decyzje dotyczące Pana/Pani nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.
- 11 Pana/Pani dane osobowe nie są profilowane.



OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

I. Dane osobowe do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:

1. Nazwisko
2. Imię pierwsze 3. Imię drugie
4. Imię ojca 5. Imię matki
6. Nazwisko rodowe 7. Obywatelstwo
8. Data urodzenia 9. Miejsce urodzenia
11. Właściwy identyfikator podatkowy PESEL*
12. Adres zamieszkania
 - a. Miejscowość b) Kod pocztowy c) Poczta
 - d) Ulica e) Nr domu f) Nr lokalu
 - g) Gmina h) Powiat
 - i) Województwo
13. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

II. Oświadczam, że wyrażam, nie wyrażam* zgodę na potrącanie dobrowolnych składek społecznych (emerytalnej, rentowej, chorobowej).

IV. Jestem:

- a. pracownikiem tutejszego zakładu pracy,
 - b. emerytem (rencistą), nigdzie nie zatrudnionym/zatrudnionym*,
 - c. bezrobotnym, nigdzie nie zatrudnionym,
 - d. właścicielem (wspólnikiem) ubezpieczonym w ZUS
od
- (nazwa firmy, rodzaj działalności)
- e. uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat
- (nazwa szkoły, uczelni)
- f. zatrudniony w
- (nazwa zakładu pracy)
- g. moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi: **co najmniej minimalne wynagrodzenie, mniej niż minimalne wynagrodzenie***,
 - h. posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień)
 - i. ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą;



umowę zlecenie lub agencyjną.

14. Urząd Skarbowy w

Oświadczenie niniejsze składam płatnikowi składek w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania pracodawcy o wszystkich zmianach mających wpływ na treść powyższego oświadczenia niezwłocznie po ich wystąpieniu.

Odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis)

*
niewłaściwe skreślić



Wola Krzysztoporska dn.

Dane Zleceniobiorcy

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

RACHUNEK .../2026
do Umowy Zlecenie GOPS.UM.AOOzN.450.....2026 z dnia 03.03.2026 r.

Nabywca:

GMINA Wola Krzysztoporska
ul. Kościuszki 5
97-371 Wola Krzysztoporska
NIP: 771 10 29 208

Odbiorca:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Szkolna 6
97-371 Wola Krzysztoporska

Za świadczenie usług asystenckich u

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

Ilość przepracowanych godzin w miesiącu wynosi

Kwotę wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę wynosi brutto
(słownie)

wraz z kosztami pracy zatrudniającego. *

Należność za wykonaną usługę proszę przelać na konto o numerze :

.....

.....
(podpis Zleceniobiorcy)

* Przez koszty zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, PPK, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ZFŚS, poniesionych przez zatrudniającego.

Potwierdzam wykonanie usługi

.....

(podpis Zleceniodawcy)

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2026 r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/ asystenta/ osoby trzeciej - wskazać)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu *	Wartość (9)×(10) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Podsumowanie strony												
Do przeniesienia/Z przeniesienia												
Razem												

* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

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

.....
Data i podpis asystenta



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 <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
--	---	---

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	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:

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



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

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

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

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

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

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

a) ubieranie **Tak** / **Nie** ,

b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** ,

c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** ,

d) czesanie **Tak** / **Nie** ,

e) golenie **Tak** / **Nie** ,

f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie** ,

g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** ,

h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** / **Nie** ,

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. 16 albo 17 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 16 albo ust. 17 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(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 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.



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)



załącznik nr 10 do Regulaminu:
Karta zakresu czynności
w ramach Programu „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddo.....2026 r.

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

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

14.							
15.							

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu2026 r. wyniosłagodzin.

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

.....

Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

- * Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.
- ** Należy załączyć ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:
 - Ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
 - Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
 - Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.



Umowa nr GOPS.UMS.AOOzN.450.....2026

o wykorzystanie samochodu prywatnego

**zawarta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026**

w dniur. pomiędzy

.....- Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością u
zamieszkały/a

legitymujący/a się Dowodem Osobistym (seria i numer)
zwanym/ą w dalszej części umowy Zleceniobiorcą.

a

Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej
ul. Szkolna 6, 97- 371 Wola Krzysztoporska
zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Użyczający oświadcza, że jest właścicielem/ współwłaścicielem/ użytkownikiem samochodu osobowego marki o nr rej o pojemności silnikam³.

2. Umowa zostaje zawarta na okres trwania Umowy Zlecenie GOPS.UM.AOOzN.450.....2026 z dnia r.

w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026.

§ 2

Zleceniobiorca oświadcza, że przedmiot użyczenia jest w dobrym stanie technicznym i nie budzi zastrzeżeń co do jego wyglądu i jakości.



PRAWA I OBOWIĄZKI BIORĄCEGO I UŻYCZAJĄCEGO

§ 3

1. Zleceniobiorca ponosi wszelkie koszty utrzymania przedmiotu użyczenia, a także wszelkie inne koszty związane z jego eksploatacją.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się do wypłaty comiesięcznego zwrotu kosztów za przejazdy, po przedłożeniu Karty przebiegu pojazdu, zgodnie z obowiązującą stawką za przejechany 1 km, która została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:
 - dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
 - dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
 - dla motocykla – 0,69 zł;
3. Maksymalna kwota zwracanych środków pieniężnych nie może przekroczyć zł miesięcznie.

POSTANOWIENIE KOŃCOWE

§ 4

1. Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy strony będą rozwiązywać polubownie, a w braku porozumienia poddadzą się rozstrzygnięciu sądu cywilnego w Piotrkowie Trybunalskim.
2. Wszelkie zmiany umowy mogą nastąpić jedynie za zgodą stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie znajdą przepisy kodeksu cywilnego.
4. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniobiorcy, dwa dla Zleceniodawcy.

(data i podpis Zleceniobiorcy)

(data i podpis Zleceniodawcy)



**Kryteria punktowe w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu terytorialnego- edycja 2026
sporządzone przez pracownika socjalnego Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Woli Krzysztoporskiej w miejscu zamieszkania uczestnika w dniu**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

Rodzaj niepełnosprawności	
Znaczny stopień niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną	10
Znaczny stopień niepełnosprawności	5
Umiarkowany stopień niepełnosprawności albo traktowany na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913)	3
Dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 orzeczenia 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	2
Podsumowanie	

1.	Osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich	10
2.	Osoba wspólnie gospodaruje z inną osobą z niepełnosprawnością, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich	6
3.	Osoba wspólnie gospodaruje z inną osobą, która może zapewnić jej wsparcie i opiekę	3
4.	Osoba pracująca, prowadząca działalność gospodarczą, uczęszczająca na kursy zawodowe lub szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe	2
5.	Osoba ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	2
6.	Osoba uczęszczająca do placówki wsparcia dziennego (warsztaty)	2



	terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, itp.)	
7.	Osoba, która nie jest objęta usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi	5
8.	Osoba, która nie korzystała z tej formy wsparcia w poprzednich latach	5
Podsumowanie		

1.	Czy opiekun prawny pobiera świadczenie pielęgnacyjne na uczestnika? (0-5 pkt)	
2.	Czy opiekun prawny pobiera wynagrodzenie z tytułu opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną? (0-5 pkt)	
Podsumowanie		

Poruszanie się			
W domu		Poza miejscem zamieszkania	
Samodzielnie	1	Samodzielnie	1
Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	5	Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	5
Nie porusza się samodzielnie	10	Nie porusza się samodzielnie	10
Podsumowanie		Podsumowanie	

Konieczność wsparcia w: (punkty 0-5)		
1.	Ubieraniu	
2.	Korzystaniu z toalety	
3.	Myciu głowy, kąpieli, czesaniu, goleniu, wykonaniu nieskompilowanego makijażu, obcinaniu paznokci , inne	
4.	Zmianie pozycji, np. przesadzanie z łóżka na fotel, ułożenie w łóżku, usadzenie w wózku, itp.	
5.	Zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń	
6.	Zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych	
7.	Przygotowywaniu i podawaniu posiłków w tym poprzez PEG i sondę	
8.	Sprzątaniu mieszkania	
9.	Zmianie pościeli	
10.	Dokonywaniu zakupów w tym leków	
11.	Utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ortopedycznego i	



	rehabilitacyjnego (np.: wózek inwalidzki, balkonik, podnośnik, kule, itp.)	
12.	Praniu i prasowaniu odzieży, pościeli	
13.	Podaniu dziecka do karmienia, podniesienie go, przewijanie, przeniesienie	
14.	Transporcie dziecka osoby z niepełnosprawnością np.: do lekarza czy żłobka	
15.	Pchaniu wózka osoby z niepełnosprawnością	
16.	Pokonywaniu barier architektonicznych, jakich	
17.	Orientacji przestrzennej osobom niewidomym,, słabowidzącym i głuchoniemym	
18.	Korzystaniu ze środków lokomocyjnych w tym asystowanie podczas podróży	
19.	Obsłudze komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń służących komunikacji	
20.	Wyjściu na spacer	
21.	Wydarzeniach kulturowych w tym wyjście do kina, teatru, na koncert itp.	
22.	Załatwianiu spraw urzędowych	
23.	Rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się	
24.	Notowaniu dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze	
25.	Zmianie ubioru podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń u fizjoterapeuty	
26.	Załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością	
27.	Podejmowaniu codziennych decyzji	
Podsumowanie		



Ocena i wnioski pracownika socjalnego pod względem konieczności przyznania usług
asystenckich w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego- edycja 2026

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

Ilość uzyskanych punktów/.....

Podpis pracownika

.....



UMOWA - ZLECENIE
Nr GOPS.UM.AOOzN.450.....2026
zawarta w dniu2026

**na świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2026**

pomiędzy Gminą Wola Krzysztoporska, ul. Kościuszki 5, 97-371 Wola Krzysztoporska, NIP 771-10-29-208 REGON 590647902 w imieniu i na rzecz, której działa **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej**, ul. Szkolna 6 NIP 771-25-27-055 reprezentowanym przez **Panią Małgorzatę Walas – Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Woli Krzysztoporskiej** działającej na podstawie pełnomocnictwa ROK.077.95.2025 z dnia 21.08.2025 r. zwaną w dalszej części umowy „**Zleceniodawcą**”, a Panią/ Panem....., nr PESEL, zam., zwaną dalej „**Zleceniobiorcą**” lub „**Asystentem**”.

§ 1

Przedmiot umowy

- Zleceniodawca oświadcza, że niniejsza umowa finansowana jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 i zostaje zawarta w ramach realizacji ww. Programu.**
- Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania prace związane ze świadczeniem usług na rzecz podopiecznych Zleceniodawcy- uczestników Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością- edycja 2026, w szczególności polegających na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach jej życia, w tym:
 - wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
- Strony zgodnie ustalają, że usługi objęte umową będą realizowane wg harmonogramu ustalonego na dany miesiąc, najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego wykonanie usługi (zaznacza się, że pierwszy harmonogram może zostać dostarczony do Realizatora w dniu podpisania umowy) przy czym mogą być one świadczone przez jednego asystenta w ciągu 24 godzin 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.

4. Do czasu Pracy Zleceniobiorcy wlicza się czas oczekiwania/ gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut.

§ 2

Czas i miejsce wykonywania umowy

Umowa zostaje zawarta na okres od..... r. do roku.

Świadczone usługi będą się odbywały w miejscu wskazanym przez uczestnika Programu w uzgodnieniu z asystentem.

§ 3

Wynagrodzenie za wykonane zlecenie

1. Zleceniodawca będzie wypłacał Zleceniobiorcy comiesięczne wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej iloczynowi godzin świadczenia usług na rzecz Zleceniodawcy oraz stawki godziny zegarowej, która nie może przekroczyć 55,00 zł brutto (słownie pięćdziesiąt pięć złotych 00/100 gr) wraz z kosztami pracy zatrudniającego za jedną godzinę zegarową pracy.

2. Za każdy miesiąc świadczenia usług Zleceniobiorcy będzie przysługiwało wynagrodzenie w wysokości, która zostanie obliczona uwzględniając ilość godzin faktycznie świadczonych usług, które zostały udokumentowane zgodnie z warunkami umowy w danym miesiącu kalendarzowym oraz kosztu za jedną godzinę zegarową świadczenia usług.

3. Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, PPK, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ZFŚS, poniesionych przez zatrudniającego.

4. Należność za usługę pokrywana jest przez realizatora Programu, na podstawie przedłożonej do **5-tego dnia każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni, Karty realizacji usługi asystenckiej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026 (której wzór stanowi załącznik nr 11 do Regulaminu tożsamy z załącznikiem nr 9 do Programu).

5. Wynagrodzenie Asystenta za świadczone usługi płacone będzie w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez Zleceniobiorcę niżej wymienionych dokumentów:

a) karty realizacji usługi asystenckiej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” podpisanej przez uczestnika Programu (wzór stanowi załącznik nr 11 do Regulaminu),

b) rachunku za wykonaną usługę (wzór stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu).

6. Maksymalna liczba godzin do zrealizowania do dnia roku u uczestniczki Pani/ Pana nie może przekroczyć godzin.

7. W momencie podpisania umowy, zgodnie ze złożonym przez Zleceniobiorcę oświadczeniem (wzór stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu) Zleceniobiorca z tytułu wykonywania przedmiotowej umowy:

- będzie podlegał ubezpieczeniu OC.

8. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość późniejszego rozliczania się ze Zleceniobiorcą w miarę posiadania środków finansowych na koncie Programu przekazywanych przez Wojewodę Łódzkiego. Zleceniobiorca nie będzie z tego tytułu naliczał odsetek.

§ 4

Ogólne postanowienia umowy

1. W przypadku nienależytego lub nieterminowego wykonania zlecenia, Zleceniodawca ma prawo odmowy wypłaty całości lub części wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust 1.

2. Zleceniobiorca może realizować w tym samym czasie usługi na rzecz tylko jednego uczestnika Programu.

3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia ewidencji przebiegu pojazdu (wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu), ewidencji biletów komunikacji publicznej/ prywatnej jednorazowych lub miesięcznych, zawierającej między innymi informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych asystenta, daty i celu podróży (wzór stanowi załącznik nr 6 do Regulaminu) oraz do prowadzenia ewidencji kosztów przejazdu innym środkiem transportu (wzór stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu).

4. Zleceniobiorcy przysługuje zwrot kosztów poniesionych za w.w. wyjścia i przejazdy w których uczestniczył wraz z uczestnikiem w wysokości maksymalnej 300,00 zł (słowne: trzysta zł 00/100 gr) miesięcznie.

5. Zleceniobiorca nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Zleceniodawcy zmienić uzgodnionego wcześniej sposobu wykonania zlecenia ani przekazać zlecenia do wykonania osobie trzeciej.

6. Zleceniodawca nadzoruje i akceptuje wykonane przez Zleceniobiorcę zadania, z zastrzeżeniem, że Zleceniodawca nie wykonuje zlecenia pod kierownictwem Zleceniobiorcy, lecz samodzielnie, zgodnie z zachowaniem należytej staranności i sumienności.

7. Zleceniodawca nie odpowiada za szkody wyrządzone przez Zleceniobiorcę osobom trzecim, także w zakresie ewentualnych szkód komunikacyjnych związanych z faktem przewożenia przez Zleceniobiorcę prywatnym pojazdem uczestnika .

8. Umowa może zostać rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów w tym w szczególności, w przypadku:

- nienależytego wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,
- wszczęcia przeciwko Zleceniobiorcy postępowania karnego, mającego związek z realizacją niniejszej umowy,
- odmowy poddania się przez Zleceniobiorcę kontroli ze strony Realizatora,
- rażącego naruszenia prawa lub zasad etyki zawodowej godzącej w dobra uczestnika,
- rozwiązania umowy o dofinansowanie dla Programu.

9. Zleceniobiorca może rozwiązać umowę z dwutygodniowym pisemnym wypowiedzeniem.

§ 5

Klauzula poufności

Zleceniobiorca nie może zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej ustaniu ujawnić żadnych informacji pozyskanych w związku z wykonywaniem umowy w zakresie określonym stosownymi przepisami prawa. W Przypadku naruszenia przedmiotowego postanowienia umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej w wysokości 20% wynagrodzenia brutto wynikającego z umowy.

§ 6

Ogólne postanowienia umowy

1. Do spraw nieuregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne spory wynikające z realizacji niniejszej umowy lub jej dotyczące będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowy dla Zleceniodawcy.
3. Zmiany umowy oraz wszelkie oświadczenia Stron wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania.
5. Umowa zostaje sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego trzy egzemplarze dla Zleceniodawcy a jeden dla Zleceniobiorcy .

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

.....

.....

Kontrasynata Skarbnika Gminy

.....