

Załącznik do Zarządzenia nr 20/2025
Dyrektora Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie
z dnia 01.12.2025 w sprawie:
wprowadzenia Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

Regulamin
realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

§ 1
Definicje

1. **Program** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. **Beneficjent Programu**- Gmina Mrągowo.
3. **Realizator Programu** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.
4. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
5. **Niepełnosprawność sprzężona** – posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.
6. **Komisja Rekrutacyjna** – pracownicy powołani Zarządzeniem Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie.
7. **Uczestnik Programu** – osoba zakwalifikowana do programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym regulaminie.
8. **Asystent** – asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.

§ 2
Postanowienia ogólne

1. Usługi świadczone przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością przyznawane oraz realizowane będą zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. Beneficjentem Programu jest Gmina Mrągowo a jego realizatorem Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie ul. Wojska Polskiego 5a/12, 11 -700 Mrągowo.
3. Program realizowany będzie do 31.12.2026 roku.
4. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
5. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Mrągowo, a udział w nim jest bezpłatny.
6. Regulamin określa:
 - 1) cele i adresatów Programu,
 - 2) limity godzin usług asystencji osobistej.
 - 3) zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.

- 4) prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Beneficjenta Programu/Realizatora Programu.
- 5) kwalifikacje osób świadczących usługi asystencji osobistej.
- 6) zasady realizacji Programu.

§ 3

Cele, adresaci Programu, limity godzin usług asystencji osobistej.

1. Celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
2. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
 - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Adresatami Programu są osoby niepełnosprawne zamieszkałe teren Gminy Mrągowo, w tym:
 - 1) **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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - 2) **osoby z niepełnosprawnościami** posiadające orzeczenie:
 - a) **o znacznym stopniu niepełnosprawności** albo
 - b) **o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**, albo
 - c) **traktowane na równi z orzeczeniami** wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Program zakłada objęcie usługami asystencji osobistej w szczególności osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia i stanowić będą oni minimum 50% uczestników Programu.
5. **Osobami wymagającymi wysokiego poziomu wsparcia** są:
 - 1) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - 2) osoby posiadające orzeczenie 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - 3) **dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia** z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - 4) **osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi.**

6. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) **840 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) **720 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) **480 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) **360 godzin rocznie** dla:

- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności
– konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

§ 4

Zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.

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

1.1 Kryteria dostępu.

Kandydat:

- a) zamieszkuje na terenie Gminy Mrągowo,
- b) posiada orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
- traktowane na równi do wyżej wymienionych, zgodnie z art.5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia,
- w przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- c) wymaga wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności lub funkcjonowaniu w życiu społecznym.

1.2 Kryteria formalne

Kandydat, opiekun prawny:

złoży w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie we wskazanym terminie prawidłowo wypełnione, kompletne, wymagane w naborze rekrutacyjnym dokumenty tj.

- a) karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiącą **załącznik nr 1** do Regulaminu,
- b) kserokopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności,
- c) kserokopii pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia z sądu o ustaleniu opiekuna prawnego – jeśli dotyczy (oryginał do wglądu);
- d) karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 , stanowiącą **załącznik nr 2** do Regulaminu,
- e) oświadczenia stanowiącego **załącznik nr 3 do Regulaminu**,
- f) oświadczenia o wskazaniu asystenta (jeśli dotyczy) stanowiącego **załącznik nr 4 do Regulaminu**
- g) klauzuli informacyjną RODO Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, **stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu.**

1.3 Kryteria pierwszeństwa.

1. W pierwszej kolejności usługi asystencji przyznawane są dla:

- 1) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
- 2) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, spełniających warunki Programu i niemających możliwości wzajemnego wsparcia, ani wsparcia innych osób,
- 3) dzieci i osób z niepełnosprawnościami przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej,
- 4) dzieci i osób z niepełnosprawnościami przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego.

2. Realizator Programu planuje objąć wsparciem:

- 1) 14 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (lub orzeczenie równoważne),
- 2) 16 osób posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 3) 2 osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (lub orzeczenie równoważne),
- 4) 6 osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 5) 1 dziecko od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

3. Liczba osób z wymienionymi niepełnosprawnościami objętych wsparciem w ramach Programu, wskazana w ust. 3 w zależności od zgłoszeń do Programu i posiadanych środków może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu.

4. Dokumenty rekrutacyjne wymienione w § 4 pkt. 1.2 należy złożyć na piśmie w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mrągowie ul. Wojska Polskiego 5a/12, 11 – 700 Mrągowo, w godzinach od 8.00- 16.00 w każdy poniedziałek oraz od wtorku do piątku od 7.15- 15.15, osobiście, za pośrednictwem operatorów pocztowych lub **elektronicznej skrzynki podawczej**. W przypadku składania dokumentów rekrutacyjnych za pośrednictwem operatorów pocztowych – za datę złożenia dokumentów przyjmuje się datę wpływu do GOPS w Mrągowie.

5. Dokumenty, o których mowa w § 4 pkt 1.2 muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata lub jego opiekuna prawnego. W przypadku złożenia podpisu przez opiekuna prawnego należy dołączyć do dokumentów kopię dokumentu potwierdzającego fakt bycia opiekunem prawnym Kandydata. Dokumenty przesłane w postaci elektronicznej muszą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym.

6. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.

7. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Realizatora **nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem** Kandydata do Programu.

8. Dokumentacja rekrutacyjna przyjmowana będzie w terminie **od 03.12.2026 do 18.12.2026**

9. W przypadku dużej ilości wniosków złożonych podczas rekrutacji, w procesie weryfikacji wniosków do Programu będą brane pod uwagę dodatkowe czynniki, które zadecydują o zakwalifikowaniu do udziału w Programie lub umieszczeniu na liście rezerwowej:

a) korzystanie z innych form pomocy i wsparcia, tj. m.in. świadczenia wspierającego, usług opiekuńczych i specjalnych usług opiekuńczych świadczonych przez GOPS, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Środowiskowego Domu Samopomocy, etc.

b) uprawnienia osób do świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nad osobą całkowicie niezdolnej do samodzielnej egzystencji – Kandydatem do Programu,

c) korzystanie ze wsparcia w ramach wcześniejszych edycji Programu.

10. W terminie od 18.12.2026 r. do 22.12.2026r. przeprowadzona zostanie weryfikacja złożonych wniosków oraz opracowana lista osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy rezerwowe. Dla każdej z grup docelowych, wymienionych w ust. 3 będą prowadzone odrębne listy osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy rezerwowe.

11. Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowane osoby, które wymagają wsparcia asystenta po dokładnej ocenie indywidualnej sytuacji Kandydata ubiegającego się o udział w Programie.

12. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista rankingowa osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają kryterium dostępu i formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.

13. Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po upływie terminu, o którym mowa w § 4 ust. 8 Regulaminu, spełniające kryteria formalne i dostępu, o których mowa w § 4 pkt 1 Regulaminu, zostaną umieszczone na liście rezerwowej danej grupy docelowej pod kolejną wolną pozycją.

14. O zakwalifikowaniu do Programu osoby zostaną powiadomione przez Realizatora Programu pisemnie, ze wskazaniem przyznanej liczby godzin usług asystencji osobistej w roku kalendarzowym oraz prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystencji osobistej.

15. O umieszczeniu na liście rezerwowej Kandydat zostanie powiadomiony przez Realizatora Programu pisemnie.

16. O odmowie przyznania usług asystencji osobistej Kandydat zostanie powiadomiony przez Beneficjenta pisemnie wraz z podaniem uzasadnienia odmowy.

17. W przypadku braku kandydatów na uczestników oczekujących na przyznanie usług asystencji osobistej, wpisanych na listę rezerwową lub w przypadku, gdy pomimo przyznania usług asystencji osobom znajdujących się na liście rezerwowej nadal będą wole miejsca, zostanie ogłoszony nabór uzupełniający.

18. Decyzja Komisji rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

19. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Realizatora Programu.

20. Rekrutacja będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mrągowie.

21. W szczególnie uzasadnionych przypadkach (np. w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, utraty opiekuna, konieczności wsparcia po hospitalizacji). Dyrektor Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie może do Programu na wolne miejsce skierować poza kolejnością osobę niepełnosprawną z listy rezerwowej. Szczególnie uzasadniony przypadek winien zostać udokumentowany lub potwierdzony przez pracownika socjalnego.

§ 5

Prawa i obowiązki Uczestników Programu oraz Beneficjenta Programu/Realizatora Programu.

1. Uczestnik Programu **ma prawo do:**

- 1) nieodpłatnego korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Realizatora Programu;
- 2) bycia traktowanym przez asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi asystenckiej, jeśli nie wiąże się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
- 4) wymagania od asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) zachowania przez asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
- 6) otrzymywania informacji o nieobecności asystenta lub o jego /jej zastępstwie przekazanej przez asystenta lub Realizatora Programu;
- 7) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich asystentowi oraz Realizatorowi Programu.

2. Uczestnik Programu **jest zobowiązany do:**

- 1) niezwłocznego informowania Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów w 2026 roku), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia wystąpienia zmiany. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub

korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra, będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w 2026 roku. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w danym roku kalendarzowym godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu bądź innych programów Ministra, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

- 2) współpracy z Ośrodkiem oraz asystentem przy realizacji usług asystencji osobistej w miarę jego możliwości;
- 3) traktowania asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 4) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z asystentem oraz niewykorzystywania relacji z asystentem do realizacji własnych interesów;
- 5) współpracy z asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;
- 6) wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026;
- 7) umożliwienie asystentowi wejścia do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi, jeżeli usługa asystenta ma być świadczona w mieszkaniu Uczestnika;
- 8) potwierdzania wykonania usługi przez asystenta własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oraz innych dokumentach związanych z uczestnictwem i korzystaniem z formy wsparcia. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usługi Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
- 9) niezwłocznego przekazania Realizatorowi lub asystentowi informacji o planowanych a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
- 10) respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.

3. Jako **zachowania niedopuszczalne** w stosunku do asystenta traktuje się:

- 1) stosowanie przemocy wobec asystenta (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);
- 2) podnoszenie głosu na asystenta;
- 3) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;
- 4) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.

4. Uczestnik **nie powinien**:

- 1) pożyczać pieniędzy asystentowi;
- 2) pożyczać pieniędzy od asystenta;
- 3) przekazywać korzyści majątkowych asystentowi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów itp.;
- 4) udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego asystentowi do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami,

organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

§ 6

Kwalifikacje osób świadczących usługi asystencji osobistej.

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny Uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:

1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą Realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub

2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi nowi **załącznik nr 1 do Regulaminu**. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do Realizatora Programu.

2. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma 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 lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 1 pkt 3. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje Beneficjent/Realizator Programu z uwzględnieniem postanowień ust. 1 pkt 1 lub 2.

4. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także

wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

§ 7

Zasady świadczenia usług

1. Działanie Uczestnika Programu skutkujące niemożnością realizacji przez Asystenta usług asystencji osobistej może stanowić podstawę do skreślenia Uczestnika z uczestnictwa w Programie. O skreśleniu z uczestnictwa w Programie decyduje Dyrektor Ośrodka.
2. W podejmowanych działaniach Asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji Uczestnika Programu oraz opiekuna prawnego.
3. Niedozwolone jest spożywanie przez Uczestnika lub Asystenta alkoholu, używania środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez asystenta.
4. Uczestnik powinien, o ile jest to możliwe zapewnić, aby osoby wspólnie z nim zamieszkujące:
 - 1) utrzymywały czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń oraz urządzeń;
 - 2) umożliwiły asystentowi wykonywanie usług;
 - 3) traktowały asystenta z należyтым szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.
5. Asystent ma prawo odmówić realizacji usługi:
 - 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Uczestnika, asystenta lub osoby trzeciej;
 - 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
6. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie.

§ 8.

Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.

§ 9.

Nadzór i kontrola realizacji usług asystencji osobistej

1. W celu sprawdzenia jakości usług świadczonych przez asystentów osobistych osób z niepełnosprawnością oraz zwiększenia efektywności wykonywanych przez nich zadań, usługi te są poddawane doraźnej kontroli i monitoringowi.
2. Kontroli i monitoringowi podlega zakres, jakość oraz prawidłowość świadczonych usług asystencji osobistej.

3. Doraźna kontrola i monitoring świadczonych usług asystencji jest procesem ciągłym, realizowanym poprzez:

- 1) spotkania indywidualne z asystentami świadczącymi usługi asystencji osobistej na rzecz osób niepełnosprawnych;
 - 2) spotkania indywidualne z Uczestnikami Programu w ich miejscu zamieszkania;
 - 3) analizę dokumentacji związanej z realizacją usług.
3. Spotkania indywidualne z asystentami świadczącymi usługi asystencji osobistej odbywają się raz w miesiącu, w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie. W trakcie tych spotkań asystent przedkłada wymaganą dokumentację poświadczającą realizację usług. Ze zgłoszonych przez asystenta uwag i nieprawidłowości sporządzany jest protokół.

5. Spotkania indywidualne z Uczestnikami Programu odbywają się w miejscu zamieszkania Uczestników Programu lub/i opiekuna prawnego. Kontroli w tej formie dokonują pracownicy socjalni z danych rejonów opiekuńczych oraz Dyrektor Ośrodka. Z przeprowadzonej kontroli sporządzany jest protokół lub informacja z wpisem do Karty realizacji usługi asystencji osobistej.

6. O wystąpieniu jakichkolwiek nieprawidłowości związanych ze świadczeniem usług asystencji osobistej niezwłocznie informowany jest Dyrektor Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie oraz podejmowane są czynności wyjaśniające.

7. Decyzję dotyczącą wstrzymania wykonania usługi, zawieszenia jej wykonania lub zmiany asystenta podejmuje Dyrektor Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie, po uzgodnieniu z Uczestnikiem Programu lub opiekunem prawnym Uczestnika Programu.

§ 10.

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
2. W sytuacji wystąpienia w trakcie realizacji przez Realizatora Programu zmian w zapisach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub wystąpienia rozbieżności z zapisami niniejszego Regulaminu, zastosowanie mają zapisy Programu.
3. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.
4. W uzasadnionych przypadkach, Realizator zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów
5. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
6. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem wydania Zarządzenia przez Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.

7. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Mrągowie ul. Wojska Polskiego 5a/12, 11-700 Mrągowo oraz na stronie internetowej <http://www.gops.mragowo.pl/>
8. W celu właściwej i prawidłowej realizacji zadań wynikających z Programu oraz mając na względzie prawidłowe dokumentowanie prac Asystentów, wprowadza się niżej wymienione wzory druków stanowiące załączniki do w/w Regulaminu:
 - 1) Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 – **załącznik nr 1**
 - 2) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 – **załącznik nr 2**
 - 3) Oświadczenie dotyczące naboru do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 – **załącznik nr 3**
 - 4) Oświadczenie o wskazaniu asystenta – **załącznik nr 4**
 - 5) Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych – **załącznik nr 5**
 - 6) Oświadczenie o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia w ramach realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026 – **załącznik nr 6**
 - 7) Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 – **załącznik nr 7**
 - 8) Ewidencja przebiegu pojazdu – **załącznik nr 8**
 - 9) Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu – **załącznik nr 9**
 - 9) Ewidencja biletów komunikacyjnych – **załącznik nr 10**
 - 10) Plan i realizacja usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 – **załącznik nr 11**

Dyrektor
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Mrągowie
(-) Elżbieta Mierczak

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

*Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

**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 mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ☐;
- 3) zaburzenia psychiczne ☐;
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐ 1) samodzielnie ☐ 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

Poza miejscem zamieszkania ☐ 1) samodzielnie ☐ 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐ 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....
.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniacie warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie macie możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystacie ze wsparcia innych osób? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

16. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka¹? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

17. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej

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).

placówce², gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w domu/poza domem?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA³:

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

1. Płeć:

2. Wiek:.....

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?

.....

.....

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

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

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 oparzeń **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 **GOPS w Mrągowie** (*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.

Załącznik nr 2 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

**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) ślanie 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 zamieszkujejącą 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 3 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

Oświadczenie
dotyczące naboru do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Imię i nazwisko Kandydata do Programu

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że:

	TAK	NIE
1. Zamieszkuje na terenie Gminy Mrągowo		
2. Jestem osobą niepełnosprawną samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta z wsparcia innych osób		
3. Jestem osobą niepełnosprawną wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z drugą osobą niepełnosprawną i niemającą możliwości wzajemnego wsparcia, ani wsparcia innych osób		
4. Jestem osobą niepełnosprawną przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej.		
5. Jestem osobą niepełnosprawną przebywającą w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego.		
6. Korzystam z innych form pomocy i wsparcia, tj. m.in. usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez GOPS, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Środowiskowego Domu Samopomocy, inne (wymień)		
7. Członek mojej rodziny otrzymuje na mnie świadczenie pielęgnacyjne z tytułu opieki nad osobą całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji.		

8. Otrzymuję świadczenie wspierające		
9. Oczekuję na przyznanie świadczenia wspierającego		
10. Korzystałam/łem ze wsparcia w ramach wcześniejszych edycji Programu dotyczącego asystencji osobistej:	TAK	NIE
a) Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2021		
b) Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2022		
c) Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2023		
d) Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024		
e) Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025		
11. Korzystałam/łem ze wsparcia w ramach wcześniejszych edycji Programu dotyczącego opieki wytchnieniowej:	TAK	NIE
Opieka wytchnieniowa – edycja 2023		
Opieka wytchnieniowa – edycja 2024		
Opieka wytchnieniowa – edycja 2025		

Oświadczam, że „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/opiekuna prawnego

Załącznik nr 4 do Regulamin realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE
do PROGRAMU
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026
O WSKAZANIU ASYSTENTA**

Oświadczam, że wskazuję na
asystenta:

Imię i nazwisko asystenta

Nr telefonu, adres e-mail

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- Nie jest członkiem mojej rodziny, zgodnie z zapisami Programu *;
- Nie jest opiekunem prawnym;
- Nie zamieszkuje i nie prowadzi wspólnego ze mną gospodarstwa domowego;
- Posiada odpowiednie przygotowanie do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2025 r. ,poz. 1214 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

* Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/opiekuna prawnego

*Załącznik nr 5 do Regulamin realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz 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 „RODO”) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 5A/12, 11-700 Mrągowo, reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, w następujący sposób:
 - a) pod adresem poczty elektronicznej: iod@gops.mragowo.pl
 - b) pod numerem telefonu – 517-109-217.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na **potrzeby realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.**
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których administratorem jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/ Pana dane osobowe mogą być pozyskiwane od podmiotów zobowiązanych przepisami prawa do udzielenia informacji na żądanie.
7. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego Pani/Pana dane zostały zebrane będą przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres ustalony w Instrukcji Kancelaryjnej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie.
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora:
 - 1) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - 2) sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych,
 - 3) usunięcia swoich danych osobowych,
 - 4) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - 5) przenoszenia swoich danych osobowych,
 - 6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych,
9. Jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkować nie rozpatrzeniem wniosku o wypłatę bonu energetycznego.

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie.

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/opiekuna prawnego

*Załącznik nr 6 do Regulamin realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia w ramach realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2026

Ja,
(imię i nazwisko)

będący rodzicem*/opiekunem małoletniego dziecka.....
(imię i nazwisko dziecka)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana.....
(imię i nazwisko)

na asystenta osobistego mojego niepełnosprawnego dziecka/podopiecznego w celu realizacji usług asystencji osobistej.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 7 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

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 oddo2026 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.							

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							

Program „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

14.							
15.							
16.							

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 społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósłzł (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

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 8 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

.....

.....

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

za miesiąc2026 r.

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

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 * zł gr	Wartość (9)x(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.

.....

Załącznik nr 9 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

.....

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 9 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

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

**Ewidencja kosztów przejazdu innymi środkami transportu np. taksówką
w ramach „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**
za miesiąc2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data przejazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)
1	2	4	5	6		7	8

.....
Data i podpis asystenta

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 10 do Regulaminu realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

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

Ewidencja biletów komunikacyjnych
w ramach „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
za miesiąc2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6		7	8

*Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych. W tej samej formie, w celu wykazania, musi zostać udokumentowany fakt przejazdu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd przez uczestnika nie jest nieodpłatna, co musi zostać również udokumentowane.

.....
Data i podpis asystenta

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 11 do Regulamin realizacji i rekrutacji do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

Plan i realizacja usług asystencji osobistej
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026

Miesięczny plan i jego realizacja (miesiąc realizacji)

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Telefon, e-mail:

Imię i nazwisko asystenta:

Planowany zakres usług/wsparcia, wynikający z indywidualnych potrzeb Uczestnika Programu.

.....

.....

Data i podpis UP/opiekuna prawnego

Data i podpis asystenta

Zrealizowany zakres usług/wsparcia zaplanowany z Uczestnikiem Programu/opiekunem prawnym

.....

.....

Data i podpis UP/opiekuna prawnego

Data i podpis asystenta

.....

.....

Data i podpis pracownika socjalnego

Data i podpis Dyrektora GOPS