

Załącznik nr 1
do Regulaminu Programu
„Gminny Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością”
na rok 2026

Wniosek o udzielenie wsparcia w formie usług asystencji osobistej na rok 2026

I. Dane uczestnika Programu

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został (zaznacz poprzez wpisanie „X”):
 - opiekun prawny – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
 - pełnomocnik – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

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

.....

6. Czy porusza się Pani / Pan (zaznacz poprzez wpisanie „X”):

W domu:

- samodzielnie – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Poza miejscem zamieszkania:

- samodzielnie – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – **Tak** ☐ / **Nie** ☐

III. Oczekiwania wobec asystenta

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pani / Pana zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:
2. Wiek:
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

.....

.....

4. Czy wskazuje Pani / Pan asystenta? (zaznacz poprzez wpisanie „X”) **Tak** ☐ / **Nie** ☐
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani / Panu potrzebne?

.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Pani / Panu asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma obejmować (zaznacz poprzez wpisanie „X”):

1) **pomoc w poruszaniu się i przemieszczaniu:**

- a) wyjście na spacer - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- b) dokonywanie bieżących zakupów / asystowanie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- c) asystowanie podczas: wizyt lekarskich / zabiegów rehabilitacyjnych / ćwiczeń fizjoterapeutycznych - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- d) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącym do transportu osób z niepełnosprawnościami - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- e) asystowanie podczas spotkań, np. towarzyskich - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- f) inne: - **Tak** ☐ / **Nie** ☐ -

.....

- 2) **pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i formalnych** - Tak ☐ / Nie ☐
- 3) **uczestniczenie w życiu kulturalnym i społecznym:**
- a) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie / teatrze / muzeum / restauracji, kawiarni / wydarzeniu plenerowym/ sportowym, etc.
- Tak ☐ / Nie ☐
- b) asystowanie podczas: obecności osoby z niepełnosprawnością w miejscu kultu religijnego / wyjścia na cmentarz - Tak ☐ / Nie ☐
- c) inne: - Tak ☐ / Nie ☐ -
.....
.....
.....
- 4) **pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego:**
- a) dbanie o higienę - Tak ☐ / Nie ☐
- b) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów - Tak ☐ / Nie ☐
- c) obsługa komputera / tabletu / telefonu komórkowego i innych urządzeń, przedmiotów służących komunikacji - Tak ☐ / Nie ☐;
- d) pomoc w utrzymaniu w czystości miejsca zamieszkania (wynoszenie śmieci, itp.) - Tak ☐ / Nie ☐
- e) inne: - Tak ☐ / Nie ☐ -
.....
.....
.....

IV. Dotychczas otrzymywana pomoc

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pani / Pan z usług asystencji osobistej, usług opieki wytchnieniowej oraz z innych podobnych form wsparcia?
(zaznacz poprzez wpisanie „X”) - Tak ☐ / Nie ☐
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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, mogą być dokonywane 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 z treścią Regulaminu programu „Gminny Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” na rok 2026.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III pkt 4 niniejszego Wniosku oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu.

VI. Dokumenty do wniosku

- 1) kopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowanego na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 2) kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy),
- 3) kopia notarialnego pełnomocnictwa do reprezentowania i załatwiania spraw w imieniu osoby z niepełnosprawnością (jeżeli dotyczy),
- 4) klauzula informacyjna.

Miejscowość

Data

Podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego / pełnomocnika):