



## **Załącznik nr 1**

do Zarządzenia 11/2026

Wójta Gminy Susiec z dnia 13 stycznia 2026 roku

w sprawie zatwierdzenia regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

w resortowym Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego – edycja 2026

### **Regulamin rekrutacji i uczestnictwa**

w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

## **§1**

### **Postanowienia ogólne**

1. Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwany dalej „Programem”, ma na celu zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowania w życiu społecznym osób z niepełnosprawnościami.
2. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:
  - poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia,
  - wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb,
  - uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych itp.
  - dofinansowania jednostek samorządu terytorialnego w ramach realizowanych zadań mających na celu wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnościami,
  - zwiększenia wsparcia asystenckiego dla uczniów z niepełnosprawnościami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego
3. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r., o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1491 z późn. zm.).
4. Program jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
5. Program jest skierowany do mieszkańców Gminy Susiec, posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia traktowane na równi z wyżej



wymienionym, 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 2024 r. poz. 44 i 858).

6. Jednostką realizującą Program jest Gmina Susiec, z siedzibą w Suścu, ul. Tomaszowska 2, 22-672 Susiec, która zamierza zlecić realizację usługi organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327, z późn. zm.) oraz podmiotom, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy lub będzie nabywała usługi asystencji osobistej od podmiotów sektora prywatnego, z zastrzeżeniem klauzul społecznych.
7. Program realizowany będzie do dnia 31.12.2026r.

## §2

### **Cel i zakres realizacji Programu**

1. Głównym celem Programu, jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, posiadających orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 i 858).
2. Program zapewnia usługi asystencji osobistej świadczone Uczestnikom przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”, mające na celu wspieranie Uczestników Programu
3. w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym.
4. W szczególności usługi asystencji osobistej będą polegały na wspieraniu przez asystenta w różnych sferach 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.
5. Asystent realizuje usługi asystencji osobistej wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.

## §3



## Zasady rekrutacji i kwalifikacji Uczestników Programu

1. Nabór Uczestników do Programu prowadzony jest przez Gminę Susiec, przy współpracy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Suścu w dniach: **od dnia 19 stycznia 2026 roku do dnia 10 lutego 2026 roku.**
2. Uczestnikiem Programu może być osoba, która spełnia jednocześnie następujące kryteria formalne:
  - zamieszkuje na terenie Gminy Susiec,
  - posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub 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.
  - potrzebuje wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowania w życiu społecznym
3. Osoba zainteresowana udziałem w Programie składa komplet dokumentów rekrutacyjnych zawierających:
  - kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.( zał. nr 7 do Programu),
  - kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych,
  - Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 (zał. nr 8 do Programu),
  - klauzulę informacyjną RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej stanowiącą załącznik nr 16 do Programu,
  - Klauzulę Informacyjną – załącznik nr 4 do naboru uczestników; Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Dokumenty rekrutacyjne do Programu dostępne są:
  - w siedzibie Urzędu Gminy Susiec ul. Tomaszowska 2, 22-672 Susiec, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7:30 do 15:30;
  - w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Suścu ul. Partyzantów 7, 22-672 Susiec, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7:30 do 15:30;
  - na stronie internetowej Gminy Susiec pod adresem: [www.susiec.pl](http://www.susiec.pl)



5. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć w terminie: od dnia 19 stycznia 2026 roku do dnia 10 lutego 2026 roku:
  - w sekretariacie Urzędu Gminy Susiec od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:30;
  - drogą elektroniczną – poprzez ePUAP (adres: 89I58yolqm/skrytka)
  - pocztą tradycyjną na adres: Urząd Gminy Susiec, ul. Tomaszowska 2, 22-672 Susiec. **W przypadku składania dokumentów rekrutacyjnych za pośrednictwem operatorów pocztowych – za datę złożenia dokumentów przyjmuje się datę wpływu do Urzędu Gminy Susiec.**
6. Dokumenty rekrutacyjne powinny zostać podpisane przez osobę zainteresowaną lub opiekuna prawnego. W przypadku przesłania drogą elektroniczną dokumenty powinny zostać podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
7. Złożenie przez Beneficjenta karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi wymaganymi dokumentami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
8. Przeprowadzona zostanie ocena formalna na zasadzie spełnia/nie spełnia) w oparciu o kartę oceny formalnej stanowiącej załącznik nr 5 do regulaminu rekrutacji weryfikująca czy:
  - dana osoba zamieszkuje na terenie Gminy Susiec
  - dana osoba posiada wymagany stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Uzyskanie pozytywnej oceny formalnej wymaga spełnienia łącznie obu warunków. Osoby, których karty zgłoszenia do Programu nie uzyskają pozytywnej oceny formalnej zostaną odrzucone.
9. W kolejnym etapie karty zgłoszenia do Programu poddane zostaną ocenie merytorycznej, gdzie o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie indywidualna ocena sytuacji osobistej i potrzeb osób ubiegających się o usługi asystencji osobistej w oparciu o kryteria merytoryczne określone w karcie oceny merytorycznej, stanowiącej załącznik nr 6 do regulaminu rekrutacji.
10. Ocena indywidualnej sytuacji uczestnika będzie odnosić się do zbadania/weryfikacji:
  - potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
  - poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
  - możliwości uzyskania pomocy od innych osób;
11. Gmina przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględniała będzie potrzeby:



- osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
  - osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, jednocześnie spełniających warunki, o których mowa w części III ust. 2 i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
12. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników do Programu.
  13. O wynikach rekrutacji, osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane telefonicznie i pisemnie.
  14. Zostanie sporządzona lista główna osób zakwalifikowanych do Programu, lista osób niezakwalifikowanych do Programu oraz lista rezerwowa, na którą trafią kandydaci spełniający kryteria, nie zakwalifikowani do Programu z powodu braku miejsc.
  15. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie, pomocą asystenta zostanie objęta osoba z listy rezerwowej.
  16. Pozycja na liście rezerwowej nie będzie miała wpływu na przyznanie usług asystencji osobistej, ponieważ decydujące znaczenie będzie miała liczba uzyskanych punktów na karcie oceny merytorycznej.
  17. Dopuszcza się możliwość prowadzenia rekrutacji uzupełniającej lub ciągłej przez cały czas trwania programu, w przypadku braku chętnych osób do udziału w Programie lub braku listy rezerwowej.

## §4

### Zasady uczestnictwa

1. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługę asystencji osobistej przyznaną w ramach Programu.
2. Zgodnie z zapisami we wniosku na środki finansowe z programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, limit godzin usług asystencji osobistej współfinansowanych ze środków Funduszu, przypadających na jedną osobę wynosi:
  - **720 godzin rocznie** dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne),
  - **360 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne).
3. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji osobistej asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących



usług asystencji osobistej) Uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Urząd Gminy Susiec, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suścu lub podmiot, któremu gmina zleciła realizację Programu.

4. Zmiana stopnia niepełnosprawności Uczestnika lub korzystanie przez Uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego Uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej współfinansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
5. Zgodnie z zapisami we wniosku na środki finansowe z Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, **wsparciem w projekcie objętych zostanie 7 osób i zrealizowanych zostanie łącznie 4320h usług asystencji osobistej w tym:**
  - 5 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) x 720h/rocznie,
  - 2 osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) x360h/rocznie;

### **Osoby z wysokim poziomem wsparcia stanowią 71,43% osób z wysokim poziomem wsparcia wobec ogółu.**

6. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę.
7. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej określa Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiąca załącznik nr 8 do Programu.

### **§5 Postanowienia końcowe**

1. Wnioskodawca zleci realizację usługi asystencji osobistej organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327, z późn. zm.) oraz podmiotom, o których mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy.



2. Gmina dokona rozliczenia usług asystencji osobistej na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu, której wzór stanowi załącznik nr 9 do Programu.
3. Usługi asystencji osobistej będą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem. **Przez członków rodziny Uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych**
4. **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.**
5. Usługi asystencji Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem, oraz:
  - 1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu:
    - posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej<sup>3</sup>), 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
    - 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, oraz
  - 2) w przypadku wskazania przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu:
    - przygotowane do świadczenia usług asystencji osobistej na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.
6. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.
7. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 1 lit. b, 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.

8. W pierwszej kolejności, asystentem zostanie osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ust. 4 pkt 3. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, wówczas asystenta wskaże gmina lub inny podmiot, któremu gmina zleci realizację Programu, z uwzględnieniem postanowień ust. 4 pkt 1 lub 2 regulaminu konkursu.
9. W godzinach realizacji usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji osobistej, finansowane ze środków publicznych. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
10. Wnioskodawca może monitorować świadczenie usług asystencji osobistej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej.
11. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
12. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystencji osobistej wskazuje nowy adres, a jeżeli zmiana wykracza poza obszar Gminy Susiec, składa oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
13. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
14. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
15. W przypadku zaistnienia sytuacji spornych, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Wójt Gminy Susiec.
16. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Wójta Gminy Susiec i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.



#### Załączniki do regulaminu rekrutacji:

1. Załącznik nr 1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. (załącznik nr 7 do Programu)
2. Załącznik nr 2. Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (Załącznik nr 8 do Programu)
3. Załącznik nr 3. Klauzula RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej (Załącznik nr 16 do Programu).
4. Załącznik nr 4. Klauzula informacyjna w ramach realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,.
5. Załącznik nr 5. Karta oceny formalnej.
6. Załącznik nr 6. Karta oceny merytorycznej.
7. Załącznik nr 7. Karta kwalifikacyjna.
8. Załącznik nr 8. Informacja o wynikach rekrutacji.
9. Załącznik nr 9. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026



**Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji.**

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.  
(załącznik nr 7 do Programu)

Załącznik nr 7 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki  
Społecznej  
„Asystent osobisty osoby z  
niepełnosprawnością” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

**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



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

- 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):
- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 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"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/> | 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"/> |
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 dziecka<sup>1</sup>? - **Tak**  / **Nie**

<sup>1</sup> 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).



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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 placówce<sup>2</sup>, 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 ASYSTENTA<sup>3</sup>:

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?

.....

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

<sup>3</sup> Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupelnienie 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 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) stanie 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



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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.

#### **Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji.**

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.  
(Załącznik nr 8 do Programu)

Załącznik nr 8 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
- edycja 2026

WZÓR

#### **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) - sprząatanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

2

- 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

3

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 Rekrutacji.**

Klauzula RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Załącznik nr 16 do Programu).

Załącznik nr 16 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026

*WZÓR*

**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](mailto: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.

2

**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.mriips.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.

### **Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji**

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

do ogłoszenia o naborze uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

#### **Klauzula informacyjna w ramach realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest *Gmina Susiec, 22-672 Susiec, ul. Tomaszowska 2, tel.: 84 665 48 93, adres e-mail: gmina@susiec.pl*



2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@susiec.pl](mailto:iod@susiec.pl).
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, w tym rekrutacja uczestników, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawa prawna Programu art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863).
5. Dane osobowe będą przechowywane 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.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystencji osobistej.
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 *Gminę Susiec*, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystencji osobistej na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi



Rodziny i Polityki Społecznej lub *należy wskazać nazwę Wojewody* m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.<sup>4)</sup>

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](mailto: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.

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.

#### Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji

Karta oceny formalnej

kandydata/kandydatki na uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

<b>KARTA OCENY FORMALNEJ</b>	
kandydata/ kandydatki na uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

<sup>4)</sup> W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych, gmina (*należy wskazać nazwę gminy/powiatu*) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 15 do programu.



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

KRYTERIA OCENY FORMALNEJ	TAK/NIE*
Osoba zamieszkuje na terenie Gminy Susiec.	
Osoba posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo 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.	
OCENA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW FORMALNYCH	SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA*
kandydat/ kandydatka na uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026	
Podpis członków Komisji Rekrutacyjnej:	
1. Przewodniczący Komisji - .....	
2. Członek Komisji - .....	
3. Członek Komisji - .....	

**Załącznik nr 6 do Regulaminu Rekrutacji.**

Karta oceny merytorycznej

kandydata/ kandydatki na uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

<b>KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ</b>	
kandydata/ kandydatki na uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

KRYTERIA MERYTORYCZNE	Liczba punktów za kryterium	Liczba uzyskanych punktów	UWAGI
-----------------------	-----------------------------	---------------------------	-------



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich,	10		
osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich,	10		
osoba samotnie gospodarująca, która ma możliwość korzystania ze wsparcia bliskich	5		
osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, które mają możliwość korzystania ze wsparcia bliskich	5		
osoba nie poruszająca się samodzielnie ani za pomocą sprzętów ortopedycznych w domu	5		
osoba poruszająca się z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. w domu	3		
osoba nie poruszająca się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych poza miejscem zamieszkania	5		
osoba poruszająca się z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. poza miejscem zamieszkania	3		
osoba nie korzystająca ze wsparcia GOPS, PCPR, rehabilitacji itp	3		
<b>Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania</b>	<b>28</b>		
Liczba punktów uzyskanych przez kandydata/ kandydatkę na uczestnika Programu			
Podpis członków Komisji Rekrutacyjnej:			
1. Przewodniczący Komisji –.....			
2. Członek Komisji –.....			
3. Członek Komisji –.....			

**Załącznik nr 7 do Regulaminu Rekrutacji**

Karta kwalifikacyjna

kandydata/kandydatki na uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Susiec, dnia .....r

Sygnatura .....

**KARTA KWALIFIKACYJNA**



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Na podstawie przeprowadzonego procesu rekrutacji oraz przedstawionych dokumentów rekrutacyjnych, Komisja Rekrutacyjna

**zakwalifikowała / nie zakwalifikowała\***

Pana/ Panią

.....  
(imię i nazwisko i adres osoby z niepełnosprawnością )

do udziału w programie " Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.  
i przyznała na 2026 rok - ..... godzin usługi asystentury osobistej.

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

1. Przewodniczący Komisji .....
2. Członek Komisji .....
3. Członek Komisji .....

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 8 do Regulaminu Rekrutacji.**

Informacja o wynikach rekrutacji  
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2026.

Susiec, dnia .....r

Sygnatura .....

Pan / Pani

.....  
(imię i nazwisko i adres osoby z niepełnosprawnością )



## INFORMACJA O WYNIKACH REKRUTACJI

### do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

W wyniku przeprowadzonego procesu rekrutacji, Komisja Rekrutacyjna **zakwalifikowała / nie zakwalifikowała\***

Pana/ Panią

.....  
(imię i nazwisko i adres osoby z niepełnosprawnością )

do udziału w programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.  
i przyznała na 2026 rok - ..... godzin usługi asystentury osobistej.

.....  
(podpis przewodniczącego komisji rekrutacyjnej)

\* Niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. Informacja o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystentury osobistej realizowanej w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026  
**Załącznik nr 9 do Regulaminu Rekrutacji.**

Oświadczenie o rezygnacji  
z udziału w programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

z udziału w programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026"

**Dane osoby rezygnującej z udziału w programie**

Imię i nazwisko uczestnika programu:



Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2026

---

.....  
Adres zamieszkania uczestnika programu:

.....

Telefon kontaktowy: .....

**Z dniem .....** **2026 roku, rezygnuję** z udziału w programie "Asystent osobisty  
osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

z powodu

.....

.....

.....  
data i podpis osoby rezygnującej  
z udziału w programie