Załącznik do Zarządzenia GOPS.021.1.2026 z dnia 7.01.2026r.
Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Regulamin rekrutacji, uczestnictwa i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Chorkówka

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

§ 1

Definicje

1. **Program** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. **Realizator** – Gmina Chorkówka /Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce, 38 - 458 Chorkówka 189, na podstawie Zarządzenia Nr 0050.1.134.2025 Wójta Gminy Chorkówka z dnia 10 grudnia 2025 r. w sprawie upoważnienia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce do realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego
3. **Asystent** – asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością świadczący usługę asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
5. **Ośrodek; GOPS** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce.
6. **Uczestnik Programu** – osoba z niepełnosprawnością zakwalifikowana do uczestnictwa w Programie, zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
7. **Regulamin** – niniejszy Regulamin rekrutacji, uczestnictwa i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Chorkówka;

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Usługi asystenta osobistego przyznawane i realizowane będą zgodnie z zapisami Programu.
2. Program będzie realizowany zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Wojewodę Podkarpackiego wnioskiem Gminy Chorkówka na środki finansowe z Programu.
3. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa i realizacji Programu. Określa również prawa i obowiązki Uczestnika Programu.
4. Program realizowany będzie przez Gminę Chorkówka - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce na podstawie Zarządzenia Nr 0050.1.134.2025 Wójta Gminy Chorkówka z dnia 10 grudnia 2025 r. w sprawie upoważnienia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce do realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.
5. Program realizowany będzie w okresie od 01.01.2026 r. do 31.12.2026 r. z zastrzeżeniem, że usługi asystencji osobistej mogą być świadczone do dnia 15.12.2026 r.
6. Program będzie finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przekazanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
7. W Programie uczestniczyć mogą uprawnieni mieszkańcy Gminy Chorkówka.

8. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.
9. Usługi asystenta osobistego przyznawane oraz realizowane będą zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Treść resortowego Programu dostępna pod adresem:

   https://niepelnosprawni.gov.pl/program-fs/nabor-wnioskow-w-ramach-resortowego-programu-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spolecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego/

10. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona.
11. Złożenie Karty zgłoszenia do programu, nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się.
12. Biuro Programu, gdzie można załatwić sprawy związane z przystąpieniem do Programu i jego realizacją znajduje się w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce, 38-458 Chorkówka 189, pokój nr 7, 9 i 10; tel. 13 43 869 27, 13 43 869 23, 13 869 29, email: gops@chorkowka.pl.
13. Program zapewnia usługę asystencji osobistej dla osoby z niepełnosprawnością, mającą na celu pomoc Uczestnikowi Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługa asystencji osobistej polega na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia:
    1) wsparciu Uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
    2) wsparciu Uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
    3) wsparciu Uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
    4) wsparciu Uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
14. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
15. Realizator może przyznać Uczestnikowi Programu mniejszą liczbę godzin niż wnioskowana przez niego w Karcie zgłoszenia do Programu. Obowiązują limity godzin wynikające z zaakceptowanej przez Wojewodę Podkarpackiego aktualizacji wniosku na środki finansowe z Programu oraz maksymalne limity godzin wynikające z Programu.
16. Godziny usług asystenckich mogą być przyznane w okresie ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego.
17. Pod opieką asystenta w tym samym czasie może pozostawać tylko jeden Uczestnik.
18. Kwalifikacje osób świadczących usługi asystencji osobistej określa Program.
19. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej.
20. Asystentem osobistym może być osoba pełnoletnia, niebędąca członkiem rodziny Uczestnika, opiekunem prawnym uczestnika lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z Uczestnikiem.
21. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego a nie członka jego rodziny.
22. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych na umowę zlecenie przez Realizatora Programu.

§ 3.

Kryteria uczestnictwa

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

1) kryteria dostępu:

a) zamieszkuje na terenie Gminy Chorkówka;

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 zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn.zm.);
- w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia16. roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i pkt 8 orzeczenia, tj. 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 oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

2) kryteria formalne:

Złożenie w siedzibie Ośrodka we wskazanym w ogłoszeniu o naborze uczestników terminie wymaganych prawidłowo wypełnionych i kompletnych dokumentów rekrutacyjnych:

a) Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026, stanowiącą Załącznik nr 7 do Programu;

b) kserokopię aktualnego orzeczenia niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności bądź orzeczenia równoważnego (oraz oryginał do wglądu dla Realizatora);

c) klauzulę informacyjną Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026, stanowiącą załącznik nr 16 do Programu;

d) klauzulę informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w sprawach dotyczących realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, stanowiące załącznik nr 1 do Regulaminu;

e) oświadczenie uzupełniające, stanowiące załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu;

f) Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

2. Przyznanie usługi asystencji osobistej odbywa się na podstawie dokonanej oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością. Ocena indywidualnej sytuacji uczestnika odnosi się do zbadania/weryfikacji:

1) potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta;
2) poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością;
3) możliwości uzyskania pomocy od innych osób.

3. Przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

1) osób z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie korzystają ze wsparcia innych osób;
2) 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;
3) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części III ust. 2, które przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dzieci i osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy;
4) osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w części III ust. 2, które przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

§ 4.

Zasady rekrutacji

1. Gmina Chorkówka planuje, w ramach realizowanego Programu, objęcie wsparciem 66 osób z niepełnosprawnościami, w tym:

- 16 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (lub orzeczenie równoważne);
- 38 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne);
- 2 osoby posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (albo orzeczenie równoważne);
- 1 osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne);
- 9 dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i pkt 8 orzeczenia, tj. 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. Liczba poszczególnych kategorii osób objętych wsparciem w ramach Programu, wskazana w ust. 1 lub w poszczególnych kategoriach może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od zgłoszeń do Programu i posiadanych środków, w szczególności w wyniku rozstrzygnięć procesu rekrutacyjnego, niewykorzystania przyznanych godzin usług asystencji, niewykorzystania środków na koszty towarzyszące, a także w przypadku pozyskania dodatkowych środków w ramach Programu.
3. Dokumenty wymienione w § 3 ust. 1 pkt 2 należy złożyć:

- osobiście w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Chorkówce (38-458 Chorkówka 189, pok. 7 i pok. 2), w godzinach urzędowania Ośrodka tj. w poniedziałki w godzinach

od 7:00 do 17:00, od wtorku do czwartku w godzinach od 7:00 do 15:00, w piątki w godzinach od 7:00 do 13:00 lub;

- za pośrednictwem operatorów pocztowych, przy czym za datę złożenia dokumentów przyjmuje się datę wpływu do Ośrodka lub;
- e-doręczenia: AE:PL-99552-14225-GIAJD-17.

Wszystkie pola należy wypełnić w sposób czytelny, w języku polskim, odręcznie lub komputerowo.

4. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata, jego opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego. Dokumenty przesłane w postaci elektronicznej muszą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym.
5. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną będą rejestrowane według kolejności zgłoszeń.
6. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Realizatora Programu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
7. Dokumentacja rekrutacyjna przyjmowana będzie w terminie od 08.01.2026r. do 15.01.2026r. i będzie rejestrowana według kolejności zgłoszeń. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru do Programu.
8. Niekompletne zgłoszenia nie będą rozpatrywane – tj. bez wymaganych załączników.
9. Na bieżąco prowadzona będzie weryfikacja kryteriów dostępu i formalnych. Ocena kryteriów dostępu i formalnych zostanie dokonana metodą: spełnia/nie spełnia. Komisja Rekrutacyjna, złożona z pracowników powołanych Zarządzeniem Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce, sporządzi listę osób, które spełniają kryteria dostępu i formalne. Osoby te zostaną poddane ocenie w zakresie spełniania kryteriów premiowania, tj. sytuacji rodzinnej, wsparcia ze strony instytucji, wsparcia ze strony środowiska.
10. Następnie nastąpi weryfikacja kryteriów premiowania, sumowanie punktów oraz ustalanie listy rankingowej osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy rezerwowej. Dla każdej z grup docelowych, wymienionych w ust. 1 będą prowadzone odrębne listy rankingowe i rezerwowe.
11. Weryfikacja, o której mowa w ust. 9 nastąpi według niżej wymienionych wartości punktowych, w oparciu o arkusz oceny dokumentów rekrutacyjnych (załącznik nr 5 do Regulaminu):

1) **sytuacja rodzinna** (weryfikacja na podstawie oświadczenia Kandydata oraz dokumentacji własnej Ośrodka):

a) osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich – pkt 15;
b) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (lub posiadającą orzeczenie równoważne) albo z osobą w podeszłym wieku, które nie mają możliwość korzystania ze wsparcia bliskich – pkt 15;
c) osoba z niepełnosprawnością, o której mowa w części III ust. 2, która przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dziecko

i osoba przebywająca w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy – pkt 15;

d) osoba z niepełnosprawnością, o której mowa w części III ust. 2, która przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dziecko i osoba przebywająca w tej placówce na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nią w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim – pkt 15;
e) osoba samotnie gospodarująca, która ma możliwość korzystania ze wsparcia bliskich – pkt 6;
f) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (lub posiadającą orzeczenie równoważne) albo z osobą w podeszłym wieku, które mają możliwość korzystania ze wsparcia bliskich – pkt 6;
g) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością oraz z innymi osobami, które nie są osobami z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub posiadającymi orzeczenie równoważne – pkt 3.

2) **wsparcie ze strony instytucji** (weryfikacja na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, zaświadczenia instytucji realizującej usługę, oświadczenia Kandydata oraz dokumentacji własnej Ośrodka).
W przypadku korzystania ze wsparcia, o którym mowa w niniejszym punkcie wymiar godzin wsparcia należy potwierdzić odpowiednim dokumentem np. zaświadczeniem lub oświadczeniem (za wyjątkiem sytuacji, gdy usługi przyznane zostały przez Ośrodek):

a) Kandydat nie korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 z późn.zm.), usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do tego, o którym mowa w części IV ust. 22 Programu, finansowane ze środków publicznych – pkt 6;
b) Kandydat korzysta z usług, o których mowa w pkt 2 lit. a) w przyznanym wymiarze do 15 godzin miesięcznie – pkt 4;
c) Kandydat korzysta z usług, o których mowa w pkt 2 lit. a) w przyznanym wymiarze powyżej 15 godzin miesięcznie – pkt 2;
d) Kandydat jest uczestnikiem Dziennego Domu „Senior+”, Klubu „Senior+”, Środowiskowego Domu Samopomocy, Warsztatów Terapii Zajęciowej lub innego ośrodka wsparcia – pkt 2.

3) **wsparcie ze strony środowiska** (weryfikacja na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, oświadczenia Kandydata oraz dokumentacji własnej Ośrodka):

a) poruszanie się w domu:
   - nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – pkt 6;
   - porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – pkt 3;
b) osoba porusza się poza miejscem zamieszkania:
   - nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – pkt 6;
   - porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. – pkt 3;

c) korzystanie z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna:
   - osoba nie korzysta z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna – pkt 6;
   - osoba korzysta z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna w wymiarze do 15 godzin miesięcznie – pkt 3.

12. Do uczestnictwa w Programie zostaną zakwalifikowane osoby, które uzyskały największą liczbę punktów w procesie rekrutacji. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie analiza zapisów (wyjaśnień) zawartych w Oświadczeniu uzupełniającym, tj. liczba punktów otrzymanych za poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością oraz możliwość uzyskania pomocy od innych osób.
13. 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.
14. 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.
15. Osoby, które złożą dokumenty rekrutacyjne po upływie terminu, o którym mowa w § 4 ust. 7 Regulaminu, spełniające kryteria formalne i dostępu, zostaną umieszczone na liście rezerwowej danej grupy docelowej pod kolejną wolną pozycją.
16. O zakwalifikowaniu do Programu osoby zostaną powiadomione przez Realizatora pisemnie, ze wskazaniem przyznanej liczby godzin usług asystencji osobistej w roku kalendarzowym.
17. O umieszczeniu na liście rezerwowej Kandydat zostanie powiadomiony przez Realizatora pisemnie.
18. O odmowie przyznania usług asystencji osobistej Kandydat zostanie powiadomiony przez Realizatora pisemnie wraz z podaniem uzasadnienia odmowy.
19. W przypadku braku kandydatów na uczestników Programu oczekujących na przyznanie usług, wpisanych na listy rezerwowe utworzone z podziałem na stopnie niepełnosprawności lub w przypadku, gdy pomimo przyznania usług asystencji osobom znajdującym się na listach rezerwowych nadal będą istnieć wolne miejsca do udziału w Programie, zostanie ogłoszony uzupełniający nabór uczestników do Programu.
20. Wynik procesu rekrutacji jest ostateczny i nie podlega procedurze odwoławczej. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Realizatora.
21. Rekrutacja będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Chorkówce.
22. W szczególnie uzasadnionych przypadkach (np. w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, utraty opiekuna, konieczności wsparcia po hospitalizacji) Realizator 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 Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

   1) nieodpłatnego korzystania z usług asystencji osobistej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Realizatora;
   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 usług asystencji osobistej, jeśli nie wiążą 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;
   7) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich asystentowi oraz Realizatorowi.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

   1) niezwłocznego informowania Realizatora 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), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia wystąpienia zmiany;
   2) współpracy z Realizatorem oraz asystentem przy realizacji usług asystencji osobistej w miarę jego możliwości;
   3) traktowania asystenta z należytym 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 wykonywania 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 usług asystencji osobistej;
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.

Zasady świadczenia usług

1. Usługi asystencji osobistej w ramach programu mogą być świadczone wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

2. Działanie Uczestnika 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 Realizator..

2. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji Uczestnika Programu oraz opiekuna prawnego. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz Uczestnika Programu, na podstawie jego decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.

3. Asystent prowadzi Karty realizacji usług, na bieżąco oddzielnie dla każdego uczestnika

4. Niedozwolone jest spożywanie przez Uczestnika lub asystenta alkoholu, używania środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi przez asystenta.

5. 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 należytym szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.

6. 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.

7. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie.

§ 7.

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.

§ 8.

Monitoring 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 Uczestników;
2) spotkania indywidualne z Uczestnikami Programu;
3) analizę dokumentacji związanej z realizacją usług.

4. Spotkania indywidualne z asystentami świadczącymi usługi asystencji osobistej odbywają się raz w miesiącu, w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce. 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 raz na trzy miesiące, w miejscu zamieszkania Uczestników. Kontroli w tej formie dokonują pracownicy socjalni z danych rejonów opiekuńczych. Z przeprowadzonej kontroli, w obecności Uczestnika Programu sporządzany jest protokół.

6. W przypadku wystąpienia zdarzeń siły wyższej, a w szczególności stanu klęski żywiołowej lub ekologicznej, zdarzenia losowego, obostrzeń związanych z ogłoszeniem zagrożenia epidemiologicznego lub wystąpienia innych przyczyn uniemożliwiających dokonania kontroli

w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu, dopuszcza się przeprowadzenie przez pracownika socjalnego kontroli drogą telefoniczną. Z kontroli tej sporządza się adnotację urzędową.

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

8. Decyzją dotyczącą wstrzymania wykonania usługi, zawieszenia jej wykonania lub zmiany asystenta podejmuje Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce, po uzgodnieniu z Uczestnikiem.

§ 9.

Postanowienia końcowe

1. Osoba zakwalifikowana do udziału w Programie jest obowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

3. 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.

4. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Realizator.

5. W uzasadnionych przypadkach, Realizator zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.

6. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.

7. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem wydania Zarządzenia przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.

8. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorkówce, 38-458 Chorkówka 189 oraz na stronie internetowej https://www.gops.chorkowka.pl/ w zakładce dotyczącej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w sprawach dotyczących realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

podstawa prawna art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce zwany dalej: „Administratorem", reprezentowany przez Kierownika. Kontakt do Administratora: Chorkówka 189 tel. (0-13) 4386927 e-mail: gops@chorkowka.pl. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: tel. (0-13) 4386937, e-mail:iod@chorkowka.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zapewnienie usługi asystenta tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest: art. 6 ust. 1 lit. c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, którego podstawą jest ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, przetwarzanie jest również niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Dane będą również przetwarzane w celu i na podstawie realizacji obowiązków wynikających z umowy, rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz wymagane aby zrealizować powyższy cel. Niepodanie danych spowoduje brak możliwości przyznania wsparcia w postaci asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne do osiągnięcia celu oraz przez okres wymagany kategoria archiwalną B10 tj. 10 lat licząc od roku następującego po roku zakończenia wsparcia.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być m.in.: Poczta Polska S.A., bank, podmioty, osoby świadczące dla Administratora usługi prawne, informatyczne oraz organy publiczne i inni odbiorcy legitymujący się podstawą prawną w pozyskaniu danych osobowych. Szczegółowe dane dotyczące odbiorców można uzyskać kontaktując się z Administratorem.
7. Dane nie są przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje żądanie następujących uprawnień: prawa dostępu do danych osobowych; prawo do żądania sprostowania danych osobowych; prawo do usunięcia danych osobowych - w przypadku gdy ustała podstawa do ich przetwarzania, zgoda została wycofana, dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa; prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - w przypadku, gdy: osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych, przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia, Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów.
9. W przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą informacją

…….…. …….

Data, imię i nazwisko podpis

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE

(Oświadczenie dotyczące osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie powinno zostać podpisane przez jej przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

Ja niżej podpisany/a .....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

nr PESEL: ……..……. zamieszkały/a ……

…….

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, oświadczam co następuje:

(* właściwe podkreślić)

1. Miejsce zamieszkania:

- zamieszkuję na terenie Gminy Chorkówka*
- nie zamieszkuję na terenie Gminy Chorkówka *

2. Legitymuję się:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym *
- orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoważnym *
- orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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 (dotyczy dziecka od ukończenia 2 do ukończenia 16 roku życia) *
- posiadam inne orzeczenie o niepełnosprawności (jakie) ……
  ……*
- nie posiadam żadnego orzeczenia o niepełnosprawności *

3. Określenie potrzeby wsparcia:

- wymagam usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym *
- nie wymagam usług asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym *

4. Jestem osobą:

- samotnie gospodarującą *
- prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z …..…….. osobą/osobami *
- zamieszkującą i prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobami z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub podeszłym wieku *……..……..……
  (proszę wskazać liczbę tych osób oraz ich stopień niepełnosprawności i wiek)
- nie zamieszkującą i nie prowadzącą wspólnego gospodarstwa domowego z osobami z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub z osobami w podeszłym wieku*
- mam możliwość korzystania ze wsparcia bliskich *
- nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich *
- przebywam w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dziecko i osoba przebywająca w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy;
- przebywam w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dziecko i osoba przebywająca w tej placówce na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy i wyłączną opiekę nade mną w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

5. Oświadczam, że w roku 2026:

- **nie będę korzystać** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów *
- **będę korzystać** z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów *
  Nazwa programu/projektu:
  ……
  ……
  Nazwa organizatora usług/realizatora projektu lub programu:
  ……
  ……
  Źródło finansowania usług asystenckich/fundusz :
  ……
  ……
  W ramach w/w programów i projektów mam przyznanych łącznie w 2026 r. …….
  Godzin usług asystenta osobistego.

6. Oświadczam, że w roku 2026:

- nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych*
- będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usług

wspierających, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych *
Rodzaj usług:
……...
……...
Organizator usług:
…….....
.....
Wymiar usług:
……..
……..

(wpisać miesięczną ilość godzin usług)

7. Oświadczam, że w roku 2026:

- nie będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu „Senior +", Klubu „Senior+", Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę *
- będę uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy, Dziennego Domu „Senior +", Klubu „Senior+", Warsztatów Terapii Zajęciowej, innej placówki zapewniającej dzienną opiekę *
  Rodzaj placówki:
  …….……
  Godziny pobytu w placówce:
  ……...……..

8. Oświadczam, że w roku 2026:

- nie będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. *
- będę korzystać z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna itp. w wymiarze …… godzin miesięcznie. *

9. Na mojego asystenta wskazuję:

Panią/Pana ……

Zamieszkałą …….....

Nr telefonu .....

Oświadczam, że wskazana osoba jest pełnoletnia i nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym, ani faktycznie nie zamieszkuje razem ze mną, o czym mowa w części IV ustępie 4 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026.

UWAGA: Za **członków rodziny** uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka,

zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

10. **Oświadczam, że 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 w 2026 roku z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

11. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

12. Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do udziału w Programie oraz realizacji Programu, zgodnie z Rozporządzeniem 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

……..……

(data i czytelny podpis kandydata, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Pouczenie Art. 233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie

Załącznik Nr 3 do regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Chorkówka, dnia …….

…….
(Imię i nazwisko osoby zainteresowanej)

…….
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

W związku z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

Imię i nazwisko: ……

Adres zamieszkania: ……

Telefon: ……

Ponadto oświadczam, że:

1) wskazany przeze mnie asystent nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. Za członków rodziny uznaje się wstępnych (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) oraz zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki), 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;
2) wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany wobec mnie/ podopiecznego/ mojego dziecka* do realizacji usług asystencji osobistej;
3) zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu, tj. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorkówce o każdej zmianie mającej wpływ na korzystanie z przyznanych usług asystencji osobistej, a jeśli to będzie wymagane - do złożenia stosownego oświadczenia na piśmie;
4) jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. **

…….

(Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Objaśnienia:

* właściwe podkreślić

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci do 16-go roku życia Wykonawcy Programu należy przedłożyć:

a) zaświadczenie o niekaralności;

b) oświadczenie Uczestnika/opiekuna prawnego o przygotowaniu wskazanego asystenta potwierdzające przygotowanie do świadczenia usług asystencji osobistej;

c) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

** Art. 233 Kodeksu Karnego – § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Załącznik Nr 4 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Chorkówka, dnia ……

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla osoby małoletniej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja, ……
będący rodzicem*/opiekunem prawnym* nieletniej/nieletniego

…….

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
……..…

do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka/podopiecznego.

Jedocześnie oświadczam, iż wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do świadczenia usług asystencji osobistej wobec mnie/ podopiecznego/ mojego dziecka*.

……
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik Nr 5 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Arkusz oceny dokumentacji rekrutacyjnej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Pani/ Pan/ małoletni/a……..
(imię i nazwisko)

1. Wnioskodawca korzysta z innych usług	
Nie **(6 pkt**)	
Tak - do 15 miesięcznie **(4 pkt)**	
Tak – powyżej 15 godzin miesięcznie **(2 pkt)**	
Kandydat jest uczestnikiem zajęć w dziennym domu pomocy, klubie samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej lub innych (jakich?) **(2 pkt)**	
2. Sytuacja rodzinna:	
Kandydat samotnie mieszkający, który nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich **(pkt 15)**	
Kandydat wspólnie zamieszkujący i gospodarujący z inną osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (lub posiadającą orzeczenie równoważne) albo z osobą w podeszłym wieku, które nie mają możliwość korzystania ze wsparcia bliskich **(pkt 15)**	
Kandydat, o którym mowa w części III ust. 2, która przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dziecko i osoba przebywająca w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy **(pkt 15)**	
Kandydat, o którym mowa w części III ust. 2, która przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dziecko i osoba przebywająca w tej placówce na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nią w tej placówce sprawują	

małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim **(pkt 15)**	
Kandydat samotnie gospodarujący, która ma możliwość korzystania ze wsparcia bliskich **(pkt 6)**	
Kandydat wspólnie zamieszkujący i gospodarujący z inną osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (lub posiadającą orzeczenie równoważne) albo z osobą w podeszłym wieku, które mają możliwość korzystania ze wsparcia bliskich **(pkt 6)**	
Kandydat wspólnie zamieszkujący i gospodarujący z inną osobą z niepełnosprawnością oraz z innymi osobami, które nie są osobami z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub posiadającymi orzeczenie równoważne **(pkt 3)**	
3. Wsparcie ze strony środowiska	
poruszanie się w domu - nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych **(pkt 6)** poruszanie się w domu - porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. **(pkt 3)**	
osoba porusza się poza miejscem zamieszkania - nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych **(pkt 6)** osoba porusza się poza miejscem zamieszkania - porusza się z pomocą sprzętów ortopedycznych **(pkt 3)**	
osoba nie korzysta z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna **(pkt 6)** osoba korzysta z innych form wsparcia np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna w wymiarze do 15 godzin miesięcznie **(pkt 3)**	
4. Dodatkowe uwagi (do 10 pkt)	
5. Razem	**…….. pkt**

…… ……

(miejscowość, data) (podpisy członków Komisji)