



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Wejherowski

# REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”* - edycja 2026 w Powiecie Wejherowskim



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Wejherowski



Pomorski Urząd Wojewódzki  
w Gdańsku

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



## §1

### Postanowienie ogólne

1. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026 (dalej zwany: „Programem”) jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
2. Niniejszy regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026 dla mieszkańców Powiatu Wejherowskiego.
3. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2026 jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie uchwały Nr VII/270/2025 Zarządu Powiatu Wejherowskiego z dnia 29 sierpnia 2025 roku w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie oraz III Zastępcy Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie do podejmowania czynności związanych z przystąpieniem i realizacją do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026.

## §2

### Podstawa prawna programu

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz.1848)
2. Treść resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.  
<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/>

## §3

### Cele i adresaci programu

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
2. Program zapewni wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym:
  - a) dzieciom od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
  - b) osobom z niepełnosprawnościami posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo traktowane na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.).
3. Realizator zakłada objęcie w roku 2026 wsparciem usług asystenta osobistego 37 osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących na terenie powiatu wejherowskiego, w tym:

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



- 1) 7 osób niepełnosprawnych od 2 do 16 roku życia z 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;
  - 2) 19 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 3) 11 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
4. Realizator zastrzega sobie możliwość zmiany ilości osób określonych w § 3 ust 3.

#### §4

##### Zakres przedmiotowy i podmiotowy

1. Program będzie realizowany w zakresie zapewnienia usługi asystencji osobistej osobie niepełnosprawnej, zwanej dalej „uczestnikiem” świadczoną przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”.
2. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
  - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
  - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
  - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
  - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Maksymalny limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w roku 2026 wynosi:
  - 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
  - 3) 360 godzin rocznie dla dzieci od 2 do 16. roku życia z 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.
4. Realizator zastrzega sobie możliwość zmiany ilości godzin określonych § 4 ust 3. Zakres godzinowy jest uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
5. O zakresie czynności w ramach usług asystenta decyduje uczestnik programu, wskazując oczekiwania pomocy, zgodnie z treścią załącznika nr 8 do Programu.
6. Usługi w ramach programu będą świadczone po zawarciu umowy z asystentem do dnia 30 listopada 2026 roku, z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia realizacji, tak aby zapewnić wykorzystanie środków pozyskanych na realizację zadania.

#### §5

##### Nabór uczestników

1. Nabór wniosków na usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej rozpoczyna się od dnia 05.01.2026 roku i trwa do 15.01.2026 roku, z zastrzeżeniem o możliwości przedłużenia naboru, aż do wyczerpania środków pozyskanych na zadanie w ramach Programu z Funduszu Solidarnościowego.
2. Kolejność zgłoszeń nie ma wpływu na wynik naboru uczestników.

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



3. Osoba, ubiegająca się o usługi w Programie zobowiązana jest do złożenia do realizatora:
  - 1) Karty zgłoszeniowej (*Załącznik nr 7 do Programu*), wraz z klauzulą RODO (*załącznik nr 1 do*).
  - 2) Kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności,
  - 3) Oświadczenia uzupełniającego do karty zgłoszenia do programu (*załącznik nr 2 do regulaminu*),
  - 4) Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/pełnomocnictwo, dokumenty poświadczające przebywanie w rodzinnej pieczy zastępczej, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego (jeśli dotyczy)
4. Karta zgłoszenia wraz z załącznikami dostępna jest na stronie internetowej <https://niepelnosprawni.gov.pl/>, [www.pcpwrwejherowo.pl](http://www.pcpwrwejherowo.pl), a także w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
5. Wypełnioną i podpisana kartę zgłoszeniową wraz z załącznikami należy złożyć:
  - a) w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a, 84-200 Wejherowo (pokój 27),
  - b) pocztą na adres: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a 84-200 Wejherowo (decyduje data faktycznego wpływu do PCPR),
  - c) poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą E-PUAP (adres skrzynki: Pcpwrwejherowo/SkrytkaESP) lub e-Doręczeń.
6. Złożenie wniosku wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
7. Oceny formalnej wniosku (*załącznik nr 3 do regulaminu*) dokonuje pracownik merytoryczny w terminie 10 dni od daty wpływu wniosku, a w przypadku wystąpienia uchybień, wnioskodawca zostanie poinformowany o uchybieniach i wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania do ich usunięcia.
8. W przypadku gdy pracownik merytoryczny poweźmie wątpliwość co do danych we wniosku, które mają wpływ na przyznanie usługi, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub złożenia dokumentów w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez wnioskodawcę.
9. Nieusunięcie uchybień, wyjaśnień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
9. Kompletna karta zgłoszeniowa podlega indywidualnej ocenie sytuacji uczestnika, która 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.
10. Powiat, 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, i nie mających możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób,
  - 3) osób z niepełnosprawnościami, 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, 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.



10. Realizator zastrzega sobie w wyniku pracy komisji utworzyć listę rezerwową osób, które spełniają kryteria uczestnictwa oraz wymogi formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.
11. Osoby z listy rezerwowej grupy docelowej, mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.
12. Decyzje o przyznaniu, miejscu na liście rezerwowej lub odmowie objęcia wsparciem podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie zasad określonych w Programie i niniejszym Regulaminie, po dokonaniu oceny formalnej i merytorycznej przez powołaną komisję zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
13. O sposobie rozpatrzenia zgłoszenia do programu Realizator informuje w formie pisemnej.
14. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym uczestnik został objęty pierwszą formą wsparcia.

## **§6**

### **Kryteria naboru wykonawców**

1. Realizator w pierwszej kolejności zatrudnia do świadczenia usług osoby wskazane przez uczestnika zgodnie z pkt. III ppkt. 4 karty zgłoszenia do Programu.
2. W przypadku braku wskazania o którym mowa powyżej, Realizator ogłasza nabór osób do świadczenia usług zgodnie z wytycznymi programu.
3. W/w. osoby nie mogą być członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika, 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.

## **§7**

### **Obowiązki wykonawców**

1. Podmiot świadczący usługi asystencji osobistej zobowiązuje się do wykonywania usługi zgodnie z zawartą umową, a w szczególności:
  - 1) wykonywania powierzonych usług z dołożeniem należytej staranności,
  - 2) realizowanie usług asystencji osobistej zgodnie z Programem oraz Regulaminem,
  - 3) stosowania się do umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a podmiotem,
  - 4) umożliwienie poddania się kontroli przez Realizatora,
  - 5) dostarczenie karty realizacji do 5-ego dnia każdego miesiąca kalendarzowego za poprzedni miesiąc realizacji usług.

## **§8**

### **Prawa i obowiązki uczestników**

1. Uczestnik ma prawo do:
  - 1) udziału w zaplanowanych formach wsparcia,
  - 2) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia,
  - 3) zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie do Realizatora.
2. Uczestnik programu zobowiązuje się do:





- 1) udostępnienia danych osobowych swoich oraz osoby, nad którą sprawuje opiekę, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować odrzuceniem z udziału w Programie,
- 2) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia i udziału w nich,
- 3) poinformowania osoby realizującej usługi asystenckie o nieobecności w terminie umówionego spotkania z 1-dniowym wyprzedzeniem,
- 4) niezwłocznego informowania osoby realizującej usługi asystenckie o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 5) poddania się kontroli przeprowadzanej przez Realizatora Programu;
- 6) uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie realizacji Programu Asystenta osobistego;
- 7) przestrzegania zapisów niniejszego regulaminu.

## §9

### Kontrola ewaluacja

1. Realizator programu w każdym czasie realizacji usługi ma prawo przeprowadzić kontrole prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami programu oraz rzetelnością i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez podmiot zobowiązań określonych w umowie. Uczestnik ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.
2. Po zakończeniu kontroli, o której mowa w ust. 1, sporządza się protokół, który zostaje przekazany Uczestnikowi do podpisania. Uczestnik przed podpisaniem protokołu kontroli może co do treści protokołu kontroli zgłosić zastrzeżenia na piśmie wraz z uzasadnieniem w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu do podpisu. Realizator programu może uwzględnić zastrzeżenia, dokonując odpowiednich zmian w treści protokołu. Do zastrzeżeń, które nie zostały uwzględnione Realizator programu ustosunkowuje się i dołącza je do protokołu kontroli.
3. Realizator Programu jest obowiązany do przekazania uczestnikom i asystentom materiałów informacyjnych, edukacyjnych lub ewaluacyjnych wskazanych przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem wojewodów. W przypadku materiałów ewaluacyjnych realizator Programu jest obowiązany do zebrania od uczestników lub asystentów wypełnionych materiałów ewaluacyjnych.

## §10

### Postanowienie końcowe

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu.
2. Realizator zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu w każdym czasie. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich podpisania i podania do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty u Realizatora.
3. W kwestiach nieujętych w niniejszym Regulaminie ostateczne rozstrzygnięcie podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, od którego nie przysługuje odwołanie.
4. Powiat zastrzega sobie prawo do zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

*Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”*

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



## Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty 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:

Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a, 84-200 Wejherowo, nr tel. 58-672-17-60, kancelaria@pcprwejherowo.pl.**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026, w tym ka otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

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” – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863)

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wnioski.

Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.

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 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie**, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub **Wojewodzie pomorskiemu** m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.

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. Moniuszki 1A, 00-014 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.



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Wejherowski

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.





Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2026

.....  
Miejscowość, data

.....  
.....  
.....  
Dane uczestnika Programu

**OŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE  
DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU**

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

1. Oświadczam, że:

☐ ubiegam się/będę ubiegać się o przyznanie usług asystenckich w ramach Programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026** finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu tj. ( należy wpisać pełną nazwę podmiotu)

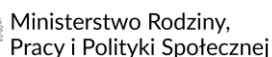
.....  
***WAŻNE:** W momencie zakwalifikowania się do programu u innego podmiotu zobowiązuję się do powiadomienia PCPR w Wejherowie w formie pisemnej o przyznanej ilości godzin.*

☐ nie ubiegam się/nie będę ubiegać się o przyznanie usług asystenckich w ramach Programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026** finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego podmiotu.

Zobowiązuję się do poinformowania PCPR w Wejherowie o każdej zmianie mającej wpływ na przyznanie usług asystenckich w szczególności, korzystania z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innych podmiotów.

---

Podpis uczestnika Programu  
/opiekuna prawnego



**Powiat  
Wejherowski**

*Załącznik nr 3 do Regulaminu Realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawności  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026*

|                                                                                            |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p><b>Ocena formalna</b></p> <p><i>Wniosku o przyznanie usług asystencji osobistej</i></p> | Nazwisko i imię wnioskodawcy:      |
|                                                                                            | Nr sprawy: PON.62.1. .... .2026.KŻ |

| Lp. |                                                                                                                                                                                                               | Załączono do wniosku |     | Data uzupełnienia |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|-------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                               | TAK                  | NIE |                   |
| 1.  | wniosek został złożony we właściwej instytucji                                                                                                                                                                |                      |     |                   |
| 2.  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów, wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku                                                                |                      |     |                   |
| 3.  | Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/niepełnosprawności                                                                                                                                      |                      |     |                   |
| 4.  | Oświadczenie uzupełniające do karty zgłoszenia do programu                                                                                                                                                    |                      |     |                   |
| 5.  | Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/pełnomocnictwo, dokumenty poświadczające przebywanie w rodzinnej pieczy zastępczej, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego (jeśli dotyczy) |                      |     |                   |

W dniu sporządzenia oceny formalnej tj. .... wniosek kompletny/nie kompletny\*.

W dniu .....wysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych.

W dniu ..... wniosek uzyskał ocenę formalną: **pozytywną** ☒ **negatywną** ☐

\* *niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć pracownika

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

## Karta zgłoszenia do Programu

### „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2026

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Status na rynku pracy: .....
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐;
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ☐;
- 3) zaburzenia psychiczne ☐;
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐;
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐;
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐.

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

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

11. Czy porusza się Pan(i):

**W domu** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów  
ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się  
samodzielnie ani  
z pomocą  
sprzętów  
ortopedycznych  
☐

**Poza miejscem  
zamieszkania** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów  
ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się  
samodzielnie ani  
z pomocą  
sprzętów  
ortopedycznych  
☐

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniane 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** ☐

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?

<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).

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

### 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?

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

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

- a) ubieranie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- b) korzystanie z toalety **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- d) czesanie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,



- e) golenie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- l) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐,
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ☐ / **Nie** ☐





- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** ☐ / **Nie** ☐;
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - b) wyjście na spacer **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
  - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji



Tak ☐ / Nie ☐,

k) inne: ..... Tak ☐ / Nie ☐.

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? Tak ☐ / Nie ☐

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak ☐ / Nie ☐

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia**

**dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

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

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

a. limitu przyznanych godzin: .....

b. limitu wykorzystanych godzin: .....

c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

.....

#### V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.



4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
- a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
  - b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 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. 18 albo ust. 19 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(ę) 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 wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.