

Druk zapotrzebowania na usługi w ramach Programu
"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026

_____, _____
(miejscowość)

(data)

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
telefon kontaktowy

1. Posiadam:

- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ 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 (dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia).

* przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

2. Jestem zainteresowana/y pomocą w formie usług asystenckich w 2026 w wymiarze rocznym:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 840 godzin] planuję skorzystać z: godzin.
- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 720 godzin] planuję skorzystać z: godzin.
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 480 godzin] planuję skorzystać z: godzin.
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 360 godzin] planuję skorzystać z: godzin.
- ☐ 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 (dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia) [limit w Programie wynosi 360 godzin] planuję skorzystać z: godzin.

3. Czy w przypadku zakwalifikowania się do Programu wskaże Pan/Pani osobę Asystenta:

☐ tak

☐ nie

Asystent wskazany przez uczestnika Programu:

Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wychowawczej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.

Wskazany asystent nie może być dla osoby z niepełnosprawnością jej opiekunem prawnym, członkiem rodziny i wspólnie z nią zamieszkiwać. Ponadto musi być przygotowany do realizacji powyższych usług.

Za członków rodziny uznac należy 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.

W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 r. poz. 1802, z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej do niniejszej Ankiety zamieszczonej na stronie GOPS.

.....
Podpis osoby wypełniającej

Druk zapotrzebowania należy złożyć do:

Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Regiminie, ul. Adama Rzewuskiego 19

lub na adres mailowy: gops.regimin@op.pl

do dnia 01.09.2025 r (do godziny 16:00).

UWAGA! Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z aplikowaniem do udziału w Programie, a jedynie służy diagnozie potrzeb w zakresie szacowania kosztów realizacji danych usług.