

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach
Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026,
finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

UWAGA!

Złożenie w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej i Wsparcia Rodziny w Dąbrowie Tarnowskiej wypełnionego druku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zwanego dalej „Programem”. Druk stanowi jedynie narzędzie diagnostyczne, celem złożenia stosownego zapotrzebowania.

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

.....
(adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

.....
(telefon kontaktowy)

1. W przypadku osób z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia:

Posiadam/ osoba nad, którą sprawuję opiekę prawną posiada orzeczenie*:

- o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
- o znacznym stopniu (w tym orzeczenie równoważne)
- o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
- o umiarkowanym stopniu (w tym orzeczenie równoważne)

Przez:

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

- **orzeczenie równoważne** rozumie się orzeczenie traktowane na równi z odpowiednim orzeczeniem, np. o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Czy dziecko posiada 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?*

- TAK NIE

3. Jaka roczna liczba godzin usług asystenta osobistego jest osobie z niepełnosprawnością niezbędna w roku 2026?

.....

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2026r. wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne).

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne).

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne).

4) 360 godzin rocznie dla:

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne),

b) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

4. Czy w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu wskaże Pani/Pan asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”?*

TAK

NIE

5. Czy przewiduj Pan/ Pani w 2026r. uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych itp., wiążących się z koniecznością zakupu biletu wstępu, w których asystent miałby towarzyszyć uczestnikowi Programu?*

TAK

NIE

6. Czy przewiduje Pan/ Pani w 2026r. zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/ prywatnej, koszty przejazdu asystenta własnym/ udostępnionym przez osobę trzecią, czy też innym środkiem transportu, np. taksówką dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu zgodnego z Programem?*

TAK

NIE

*- zaznaczyć właściwe

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
lub jej opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych osoby nad którą sprawuję opiekę prawną w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon oraz informacji dot. stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Dąbrowa Tarnowska, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a lub art. 9 ust. 2 lit. a 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 z późn. zm.).

Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej MOPSiWR pod linkiem <http://www.mopsiwr.pl/aktualnosci/ochrona-danych-osobowych>

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
lub jej opiekuna prawnego