Załącznik do Uchwały Nr **780/2025**
Zarządu Powiatu Krapkowickiego z
dnia 18 grudnia 2025 r.

REGULAMIN REKRUTACJI

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

§ 1

Definicje

Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

1) Realizator – Powiat Krapkowicki,
2) Program – Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
3) Uczestnik – osoba z niepełnosprawnością,
4) Asystent – osoba świadcząca usługę asystencji,
5) Komisja rekrutacyjna – osoby powołane przez Zarząd Powiatu Krapkowickiego zgodnie z § 3 ust. 7,
6) Grupa odbiorców – osoby posiadające określone stopnie niepełnosprawności wskazane w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
7) Regulamin – Regulamin Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjęty uchwałą Nr 789/2025 Zarządu Powiatu Krapkowickiego z dnia 18 grudnia 2025 r.,
8) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – dokument urzędowy wydany przez właściwy organ orzekający, potwierdzający stopień niepełnosprawności osoby w wieku powyżej 16 roku życia (lekki, umiarkowany albo znaczny) oraz określający przysługujące uprawnienia i formy wsparcia,

9) Orzeczenie o niepełnosprawności – dokument urzędowy wydany przez właściwy organ orzekający, potwierdzający niepełnosprawność osoby w wieku od 2 do 16 roku życia, oraz zawierający wskazania, w tym: pkt 7 – konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby; pkt 8 – konieczność stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji lub edukacji.

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Usługi asystenta osobistego przyznawane i realizowane będą zgodnie z zapisami Programu.
2. Kwalifikacje Uczestników określa Program.
3. Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu.
4. Program realizowany będzie przez Powiat Krapkowicki do 31.12.2026 r., z zastrzeżeniem, że usługi asystencji osobistej mogą być świadczone do 14.12.2026 r.
5. Program jest 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.
6. Program jest skierowany do Uczestników zamieszkałych na terenie Powiatu Krapkowickiego.
7. Biuro Programu znajduje się w siedzibie Starostwa Powiatowego w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, pokój 116.
8. Informacje o Programie będą publikowane na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Krapkowicach.
9. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników.

§ 3

Zasady rekrutacji

1. W ramach Programu Realizator planuje objęcie wsparciem grupę 41 osób, w tym:
   1) 16 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);

2) 12 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
3) 4 osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);
4) 3 osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
5) 6 dzieci w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności.

2. Dokumenty wymagane w ogłoszeniu o naborze wniosków w ramach Programu, należy złożyć w formie papierowej w: Biurze Obsługi Klienta Starostwa Powiatowego w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30-17:00 **od dnia 07.01.2025 roku do dnia 16.01.2025 roku.**
3. Dopuszcza się zmianę terminu naboru wskazanego w ust. 2.
4. Przystępując do naboru Uczestnik składa następujące dokumenty:
   1) Kartę Zgłoszenia (załącznik nr 7 do Programu),
   2) Kartę Zakresu Czynności (załącznik nr 8 do Programu),
   3) Kartę Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością (załącznik nr 1 do Regulaminu),
   4) Kartę Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel (załącznik nr 2 do Regulaminu),
   5) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu o niepełnosprawności.
5. Dokumenty muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Uczestnik lub opiekuna prawnego Uczestnik, a także Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w miejscach, gdzie jest to konieczne.
6. Dokumenty będą rejestrowane według kolejności wpływu, **przy czym kolejność zgłoszeń nie wpływa na wynik naboru.**

7. W terminie 14 dni roboczych po zakończeniu naboru Komisja Rekrutacyjna powołana przez Zarząd Powiatu Krapkowickiego, sporządzi listy osób zakwalifikowanych do Programu oraz listy osób rezerwowych (dla każdej grupy, według stopnia niepełnosprawności, o których mowa w ust. 1), a także dokona oceny formalnej i merytorycznej złożonych dokumentów.
8. Komisja Rekrutacyjna działa w oparciu o zasadę równego traktowania Uczestników, przejrzystości procedur oraz indywidualnego podejścia do potrzeb każdej osoby z niepełnosprawnością, zgodnie z założeniami Programu
9. Komisja Rekrutacyjna weryfikuje:
   1) kompletność i prawidłowość złożonych dokumentów, o których mowa w ust. 4,
   2) sytuację indywidualną osoby z niepełnosprawnością, na podstawie:
      a) Karty Oceny Stanu Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel,
      b) Karty Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością,
      c) Karty Zgłoszenia,
      d) Karty Zakresu Czynności.
10. Podstawowym narzędziem oceny merytorycznej jest Karta Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością, która służy ocenie sytuacji życiowej, społecznej oraz zakresu trudności w codziennym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością, tym samym ustaleniu zapotrzebowania na wsparcie asystenta osobistego.
11. Karta Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel jest dokumentem o charakterze wyłącznie pomocniczym, wykorzystywanym w celu lepszego zobrazowania poziomu samodzielności funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością, umożliwiające Komisji Rekrutacyjnej zachowanie zasady indywidualnego podejścia do uczestnika. Ustalana przez lekarza punktacja wskazana w Karcie nie jest wliczana do punktacji rekrutacyjnej ani nie stanowi samodzielnego kryterium decydującego o zakwalifikowaniu do Programu.
12. Karta Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel wypełniana jest przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę.

13. W Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością każda zaznaczona odpowiedź twierdząca („TAK") jest równoznaczna z przyznaniem 1 punktu, w przypadku odpowiedzi negatywnej („NIE") jest równoznaczna z przyznaniem 0 punktów. Łączna liczba uzyskanych punktów odzwierciedla stopień trudności w codziennym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością i stanowi podstawę do ustalenia kolejności kwalifikacji Uczestników do Programu.
14. Maksymalna liczba punktów w Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością jaką można osiągnąć w przypadku:
    1) osób od ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wynosi **23 punktów**;
    2) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności wynosi **10 punktów.**
15. W przypadku Uczestników posiadających taką samą liczbę punktów, o kolejności zakwalifikowania do Programu decyduje liczba punktów udzielonych w ramach pytań zawartych w Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością:
    1) Osoba z niepełnosprawnością samotnie gospodarująca, nieposiadająca wsparcia bliskich,
    2) Osoba z niepełnosprawnością gospodarująca wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości wzajemnego wsparcia (wymagane: orzeczenie drugiej osoby),
    3) Osoba wymagająca stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (uregulowane w pkt. 7 orzeczenia o niepełnosprawności),
    4) Osoba nie korzystająca z usług asystenta w poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – max. 3 wcześniejsze edycje.

16. Osoby z list rezerwowych według stopnia niepełnosprawności mogą zostać zaproszone do udziału w Programie, według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w przypadku:
    1) rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu,
    2) zwiększenia limitu miejsc,
    3) niewykorzystania puli godzin w Programie,
    4) zwolnienia się miejsca w Programie z innych przyczyn.
17. Dokumenty złożone po upływie terminu naboru, o którym mowa w ust. 2 nie podlegają weryfikacji.
18. Dokumenty niekompletne lub zawierające błędy formalne zostaną zwrócone do poprawy w terminie wskazanym przez Realizatora.
19. O zakwalifikowaniu do Programu Uczestnicy zostaną powiadomieni przez Realizatora listownie w terminie 21 dni roboczych od dnia dokonania wyboru Uczestnika przez Komisję Rekrutacyjną.
20. W przypadku braku wystarczającej liczby Uczestników, Realizator zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu lub ogłoszenia naboru uzupełniającego.
21. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Realizatora.
22. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

§ 4

Postanowienia dotyczące przyznawania usług

1. Przyznanie usług następuje na podstawie informacji zawartych w:
    1) Karcie Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością,
    2) Karcie Oceny Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel,
    3) Karcie Zgłoszenia.
2. Zakres usług określa Karta Zakresu Czynności.

3. Usługi mogą być świadczone maksymalnie do limitów określonych w umowie wynoszących odpowiednio:
   1) 840 godzin dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne),
   2) 720 godzin dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne),
   3) 400 godzin dla osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne),
   4) 360 godzin dla osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne),
   5) 360 godzin dla osób w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności.
4. Uczestnik zobowiązany jest zgłaszać każdą zmianę dotyczącą orzeczenia lub innych okoliczności wpływających na limit usług w terminie 3 dni od dnia powzięcia informacji o tej zmianie.

§ 6

Ochrona danych osobowych

1. Dane osobowe uczestników Programu przetwarzane są przez Realizatora Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz ustawą o ochronie danych osobowych.
2. Szczegółowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych, w tym zakresu danych, celów i podstaw prawnych ich przetwarzania, zawarte są w odrębnym oświadczeniu informacyjnym RODO, stanowiącym załącznik do Karty Zgłoszenia.
3. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych jest równoznaczne z zapoznaniem się z treścią obowiązku informacyjnego w zakresie ochrony danych osobowych.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik jest zobowiązany do respektowania zasad Regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
3. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
4. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych jest równoznaczne ze złożeniem oświadczeń o zapoznaniu się z zasadami Programu i Regulaminem, wyrażeniem zgody na kontakt w sprawach związanych z realizacją Programu, zapoznaniem się z klauzulą informacyjną RODO oraz potwierdzeniem braku korzystania z innej formy wsparcia o analogicznym charakterze w tym samym czasie.
5. Regulamin dostępny jest w siedzibie Starostwa Powiatowego w Krapkowicach oraz na stronie internetowej www.powiatkrapkowicki.pl

Załączniki:

1) Karta Oceny Sytuacji Indywidualnej osoby z niepełnosprawnością,
2) Karta Oceny Pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel,
3) Karta Zgłoszenia do Programu (załącznik nr 7 do Programu),
4) Karta Zakresu Czynności (załącznik nr 8 do Programu).

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

Karta zgłoszenia do Programu

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

I. Dane uczestnika Programu:

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

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

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
   1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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 ☐

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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 gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniacie warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie macie możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystacie ze wsparcia innych osób? - **Tak ☐ / Nie ☐**

16. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka1? - **Tak ☐ / Nie ☐**

17. Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w placówce opiekuńczo wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak ☐ / Nie ☐**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

.....

.....

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[1]:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: .....
2. Wiek:.....
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: .....

.....

[1]1 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).
2 Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
3Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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) słanie 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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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 bieżących 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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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 ☐**.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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 ☐**.

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 (np. MOPS, prywatnie opłacana opiekunka itd.):

.....

.....

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam *Starostwo Powiatowe w Krapkowicach* (podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Załącznik nr 1 do *Regulaminu Ministerstwa Rodziny, Pracy Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026"*

KARTA OCENY SYTUACJI INDYWIDUALNEJ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko: .....
Adres zamieszkania: .....
Telefon / kontakt: .....
Stopień niepełnosprawności: .....
Rodzaj niepełnosprawności (symbol): .....

W każdym punkcie proszę czytelnie zaznaczyć **TAK / NIE**.

Punktację wypełnia komisja rekrutacyjna zgodnie z wytycznymi Programu AOON 2026.

W przypadku „TAK"– 1 pkt.

A. WYPEŁNIAJĄ OSOBY OD UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

I. SYTUACJA RODZINNA	**Tak**	**Nie**	**Pkt**
1. Osoba z niepełnosprawnością samotnie gospodarująca, nieposiadająca wsparcia bliskich	☐	☐	
2. Osoba z niepełnosprawnością gospodarująca wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości wzajemnego wsparcia (*wymagane: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności drugiej osoby*)	☐	☐	
3. Osoba z niepełnosprawnością bez zatrudnienia (brak aktywności zawodowej)	☐	☐	
4. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w rodzinnej pieczy zastępczej.	☐	☐	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

I. SYTUACJA RODZINNA	Tak	Nie	Pkt
5. Dzieci i osoby z niepełnosprawnościami przebywające w placówkach typu rodzinnego.	☐	☐	

II. SYTUACJA ZDROWOTNA I FUNKCJONALNA	Tak	Nie	Pkt
6. Osoba z niepełnosprawnością porusza się przy użyciu wózka inwalidzkiego lub sprzętu ortopedycznego (kule, balkonik, chodzik)	☐	☐	
7. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie)	☐	☐	
8. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana)	☐	☐	
9. Osoba z niepełnosprawnością ma problemy z utrzymaniem stabilności, równowagi lub wysokie ryzyko upadku	☐	☐	
10. Osoba z niepełnosprawnością wymaga regularnego towarzyszenia podczas wizyt u lekarzy, rehabilitacji, terapii, badań	☐	☐	
11. Osoba z niepełnosprawnością wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (uregulowane w pkt. 7 orzeczenia o niepełnosprawności)	☐	☐	

III. BARIERY ŚRODOWISKOWE I ARCHITEKTONICZNE Wyszczególnienie	Tak	Nie	Pkt
12. Osoba z niepełnosprawnością napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu)	☐	☐	
13. Osoba z niepełnosprawnością napotyka bariery w otoczeniu (brak transportu, utrudniony dostęp do usług publicznych, bariery urbanistyczne)	☐	☐	
14. Osoba z niepełnosprawnością wymaga każdorazowego wsparcia w opuszczaniu mieszkania lub budynku	☐	☐	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

IV. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ	Tak	Nie	Pkt
15. Osoba z niepełnosprawnością ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażona na izolację społeczną	☐	☐	
16. Osoba z niepełnosprawnością rzadko opuszcza miejsce zamieszkania bez pomocy	☐	☐	
17. Osoba z niepełnosprawnością ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty	☐	☐	
18. Osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia w organizacji dnia i zarządzaniu czynnościami	☐	☐	
19. Osoba z niepełnosprawnością wymaga pomocy asystenta w komunikacji z otoczeniem	☐	☐	
20. Osoba z niepełnosprawnością potrzebuje systematycznej pomocy w dotarciu do usług edukacyjnych, terapii lub aktywności społecznej	☐	☐	

V. DOTYCHCZASOWE WSPARCIE	Tak	Nie	Pkt
21. Osoba z niepełnosprawnością NIE otrzymuje świadczenie wspierające	☐	☐	
22. Osoba z niepełnosprawnością NIE korzystała z usług asystenta w poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – max. 3 wcześniejsze edycje.	☐	☐	
23. Osoba z niepełnosprawnością NIE posiada innego rodzaju wsparcia (opieka sąsiedzka, wolontariusze, usługi opiekuńcze)	☐	☐	

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

B. WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY DZIECKA OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA posiadające orzeczenie o niepełnosprawności

I. SYTUACJA RODZINNA I ZDROWOTNA	Tak	Nie	Pkt
1. Rodzic/opiekun prawny samotnie wychowuje dziecko z niepełnosprawnością.	☐	☐	
2. Dziecko ma znaczące trudności w pokonywaniu barier architektonicznych i porusza się na wózku inwalidzkim lub przy użyciu sprzętu ortopedycznego (np. chodzik, kule).	☐	☐	
3. Dziecko przebywa w placówkach typu rodzinnego.			
4. Dziecko nie korzystało dotąd z usług asystencji osobistej w trzech poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością".	☐	☐	
5. Dziecko wymaga transportu, w tym odbierania ze żłobka, przedszkola lub szkoły, przy czym usługa transportowa może być realizowana wyłącznie w obecności dziecka.	☐	☐	

II. SYTUACJA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚĆ	Tak	Nie	Pkt
6. Dziecko ma ograniczony kontakt społeczny lub jest narażony na izolację społeczną	☐	☐	
7. Dziecko ma trudności w uczestnictwie w życiu społecznym / kulturalnym / edukacyjnym bez asysty	☐	☐	
8. Dziecko napotyka poważne bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania (schody, brak windy, wąskie przejścia, próg przy wejściu)	☐	☐	
9. Dziecko wymaga wsparcia w niezbędnych czynnościach samoobsługowych (mycie, ubieranie, higiena, jedzenie)	☐	☐	
10. Dziecko ma trudności w komunikowaniu się (zaburzenia mowy, rozumienia, komunikacja wspomagana)	☐	☐	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

C. WYPEŁNIAJĄ WSZYSTKIE OSOBY posiadające orzeczenie o niepełnosprawności

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz oświadczam, że podane informacje w Karcie Oceny są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

3. **Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.**

Krapkowice, dnia .....

.....
(Podpis Uczestnika/opiekuna prawnego)

D. WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

Wypełnić odpowiednio:

TAK/NIE

1.	Kompletność i prawidłowość dokumentów, o których mowa w §3 ust. 4 Regulaminu.	
2.	Osoba z niepełnosprawnością samotnie gospodarująca, nieposiadająca wsparcia bliskich.	
3.	Osoba z niepełnosprawnością gospodarująca wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości wzajemnego wsparcia (wymagane: orzeczenie drugiej osoby)	
4.	Osoba z niepełnosprawnością wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (uregulowane w pkt. 7 orzeczenia o niepełnosprawności)	
5.	Osoba z niepełnosprawnością nie korzystała z usług asystenta w poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – max. 3 wcześniejsze edycje.	

II. PODSUMOWANIE PUNKTÓW

Liczba punktów Karty Oceny Sytuacji Indywidualnej: ☐

Punktacja z Karty Oceny Stanu Pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel: ☐

III. REKOMENDACJA KOMISJI

☐ Komisja rekomenduje przyznanie usług asystenta

☐ Komisja nie rekomenduje przyznania usług asystenta

IV. PODPISY KOMISJI REKRUTACYJNEJ

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

Załącznik nr 2 do Regulaminu Ministerstwa Rodziny, Pracy Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026"

KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

KARTĘ WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY LUB LEKARZ SPECJALISTA

Imię pacjenta: .....

Nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL .....

Stopnień niepełnosprawności: .....

Orzeczenie o st. niepełnosprawności nr: .....

L/p	CZYNNOŚĆ	STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	**Spożywanie posiłków**	• **0 pkt** – nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać • **5 pkt** – potrzebuje pomocy przy krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym • **10 pkt** – samodzielny, niezależny	
2.	**Samoobsługa (przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie)**	• **0 pkt** – nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu/siedzeniu • **5 pkt** – przemieszcza się z pomocą fizyczną 1–2 osób, może siedzieć • **10 pkt** – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) • **15 pkt** – samodzielny	
3.	**Higiena osobista**	• **0 pkt** – nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych • **5 pkt** – wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych • **10 pkt** – samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu, myciu zębów (również przy użyciu pomocy)	
4.	**Toaleta**	• **0 pkt** – nie korzysta w ogóle z toalety • **5 pkt** – potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety • **10 pkt** – samodzielny w dojściu do toalety, zdejmowaniu i zakładaniu garderoby	

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

5.	**WC – mocz + cewnikowanie**	• **0 pkt** – brak kontroli nad oddawaniem moczu • **5 pkt** – sporadyczne epizody • **10 pkt** – pełna kontrola	
6.	**WC – stolec**	• **0 pkt** – brak kontroli nad oddawaniem stolca • **5 pkt** – sporadyczne epizody • **10 pkt** – pełna kontrola	
7.	**Kąpiel, mycie**	• **0 pkt** – kąpany w wannie przy pomocy podnośnika • **5 pkt** – wymaga pomocy • **10 pkt** – samodzielny	
8.	**Lokomocja (poruszanie się, przemieszczanie)**	• **0 pkt** – nie porusza się w ogóle • **5 pkt** – porusza się do 50 m przy użyciu sprzętu np. wózka i/lub z pomocą min. 1 osoby • **10 pkt** – samodzielny, także z użyciem sprzętu, np. laska, na odległość > 50 m	
9.	**Ubieranie się i rozbieranie się**	• **0 pkt** – wymaga kompleksowej pomocy innej osoby • **5 pkt** – wymaga częściowej pomocy innej osoby • **10 pkt** – samodzielny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł	
11.	**Pozostawanie bez nadzoru w domu**	• **0 pkt** – pacjent nie może pozostać sam w domu bez nadzoru • **5 pkt** – umiarkowanie, do kilku godzin może pozostać sam • **10 pkt** – tak, przez cały dzień może pozostać w domu sam	
12.	**Sytuacja mieszkaniowa**	• **0 pkt** – samotnie • **5 pkt** – z inną osobą z niepełnosprawnością • **5 pkt** – rodzinna piecza zastępcza • **5 pkt** – placówka typu rodzinnego • **10 pkt** – z członkiem rodziny/rodziną	
13.	**Kontakty i aktywność społeczna**	• **0 pkt** – brak wsparcia rodziny • **5 pkt** – bardzo ograniczone • **5 pkt** – z inną osobą z niepełnosprawnością • **10 pkt** – regularnie	
14.	**Wychodzenie z domu**	• **0 pkt** – nie wychodzi • **5 pkt** – tylko z pomocą • **10 pkt** – samodzielnie	
	Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

* w punktach 1-14 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

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

.....
data, pieczęć, podpis lekarza

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

Oświadczenie
o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja, ... będący rodzicem/opiekunem prawnym małoletniej/małoletniego ....., niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana ..... do realizacji usług asystenckich względem mojego dziecka/podopiecznego.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

Oświadczenie o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym na potrzeby realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Ja, niżej podpisana/podpisany ..... niniejszym oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym.

.....
(czytelny podpis asystenta)

Załącznik: Wydruk z Rejestru Przestępstw Sprawców na tle seksualnym Ministerstwa Sprawiedliwości

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO", Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe
Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem", mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych
Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:
W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych
Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych
Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie
W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych
Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:
Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

.....

Podpis uczestnika Programu i/lub przedstawiciela ustawowego

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1 do Karty zgłoszenia do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO

- do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Oświadczam, że w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2026:

☐ **będę korzystać z następujących kosztów związanych ze świadczeniem usług asystencji osobistej:**

1. ☐ koszty zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej lub prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu,
2. ☐ koszty przejazdu asystenta własnym środkiem transportu lub środkiem transportu udostępnionym przez osobę trzecią,
3. ☐ koszty przejazdu asystenta innym środkiem transportu (np. taksówką),
4. ☐ koszty zakupu biletów wstępu dla asystenta na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne, w których uczestniczy osoba z niepełnosprawnością.

☐ **nie jestem w stanie tego teraz określić.**

☐ **nie będę korzystać z żadnej z powyższych form finansowania kosztów.**

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja .....oświadczam, że:
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

Wnioskowałem/nie wnioskowałem* o wsparcie, które finansowane jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 w innej Jednostce Samorządu Terytorialnego lub organizacji pozarządowej bądź innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej.

Jeśli tak, proszę wskazać realizatora Programu:

.....

Wsparcie to zostało/nie zostało* mi przyznane.

Jeśli tak, proszę wskazać realizatora Programu i jaka liczba godzin łącznie została przyznana w roku kalendarzowym 2026:

.....

... .

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz.U.2025.383 t.j.) oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis uczestnika Programu)

*niewłaściwe skreślić

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 4 *do Karty zgłoszenia do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026*

Oświadczenie na potrzeby realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Na podstawie Działu IV., ust. 4, pkt. 2 lit. a Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oświadczam, że Pani/Pan ..... posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu wsparcia oraz pomocy na rzecz mojej osoby/mojego dziecka/podopiecznego* Powierzone z tego tytułu obowiązki wykonywała/wykonywał* prawidłowo i z należytą starannością.

.....

Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu

*niewłaściwe skreślić

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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

Karta zakresu czynności

w ramach usług asystencji osobistej do Programu

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

Uwaga: *Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
   a) ubieranie ☐;
   b) korzystanie z toalety ☐;
   c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐;
   d) czesanie ☐;
   e) golenie ☐;
   f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐;
   g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐;
   h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐;
   i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
   j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;
   k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐;
   l) słanie łóżka i zmiana pościeli ☐.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;

b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐;

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;

b) wyjście na spacer ☐;

c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;

d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ☐;

e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;

f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;

g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;

h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐;

i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;

j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐;

k) inne: .....

Miejscowość, dnia ..... .

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....

Podpis Realizatora Programu

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT KRAPKOWICKI W SERCU OPOLSZCZYZNY www.powiatkrapkowicki.pl

Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

□ posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2015 r. poz. 227) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412); opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym **(do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu)**, lub

□ posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, **(do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie)**, lub

□ jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, aby świadczyć usługę asystencji osobistej na rzecz osoby z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, nad którą będę sprawował asystenturę. (Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że znana jest mi treść Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszeniowej do programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 2 do Karty zgłoszenia do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)

.....

.....
(adres zamieszkania)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Ja, ... Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika Programu* wskazuje Panią/Pana ..... jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystencji w ramach ww. Programu.

Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością:

1) jest/nie jest* członkiem rodziny[1] Uczestnika Programu,
2) jest/nie jest* opiekunem prawnym Uczestnika Programu,
3) zamieszkuje/nie zamieszkuje* razem z Uczestnikiem Programu,
4) jest/nie jest* przygotowany do realizacji wobec Uczestnika Programu usługi asystencji osobistej.

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*niewłaściwe skreślić

[1] Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika 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.

OŚWIADCZENIE

do zawartej umowy Nr .....

Objaśnienia do wypełnienia oświadczenia:

1. *W przypadku umowy o dzieło proszę wypełnić punkty od 1 do 4 oraz podpisać się pod oświadczeniami*
2. *W przypadku umowy zlecenie proszę wypełnić całe oświadczenie*

** minimalne wynagrodzenie wynosi: 4 806,00 zł brutto od 01.01.2026 r. do 31.12.2026 r.*

1. **Dane osobowe:**

Nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Imię pierwsze ..... Imię drugie.....

Data urodzenia ....., Miejsce urodzenia.....

Imię ojca ....., Imię matki .....

Obywatelstwo.....

PESEL: .....

Seria i nr dowodu osobistego .....

2. **Adres zameldowania (stałe miejsce pobytu):**

Kod pocztowy ..... Poczta .....Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Gmina .....Powiat.....Województwo .....

3. **Adres zamieszkania (tymczasowe miejsce pobytu):**

Kod pocztowy ..... Poczta .....Miejscowość

.....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

Gmina .....Powiat.....Województwo .....

4. **Urząd Skarbowy (właściwy wg. miejsca zamieszkania do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy):**

Nazwa i adres: .....

5. **Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla zleceniobiorcy:** .....

6. Jestem: emerytem ☐ TAK ☐ NIE
   rencistą ☐ TAK ☐ NIE

   Świadczenie nr..... jest mi wypłacane przez:.....

7. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE
   Jeśli **TAK** to należy określić stopień niepełnosprawności: ☐ LEKKI ☐ UMIARKOWANY ☐ ZNACZNY

8. ☐ Jestem ☐ nie jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna.

9. ☐ Jestem ☐ nie jestem uczniem lub studentem (nie dotyczy studiów podyplomowych i doktoranckich) i nie ukończyłem 26 lat. W przypadku zaznaczenia **„Jestem"** należy dostarczyć zaświadczenie ze szkoły/uczelni.

10. ☐ Jestem ☐ nie jestem zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę na czas ☐ nieokreślony ☐ określony od .....do ....., a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto w danym roku kalendarzowym wynosi:
    ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie*
    ☐ co najmniej równe bądź wyższe od minimalnego wynagrodzenia*

11. W czasie wykonywania umowy zlecenia, której dotyczy oświadczenie:
    ☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie bezpłatnym od.....do.....
    ☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie wychowawczym od..... do.....
    ☐ przebywam ☐ nie przebywam na urlopie macierzyńskim, urlopie ojcowskim, urlopie rodzicielskim od..... do.....

12. ☐ podlegam ☐ nie podlegam ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z innej umowy zlecenie w okresie od ..... do.....,od.....do....., a wynagrodzenie brutto z tej umowy w każdym miesiącu ☐ jest ☐ nie jest co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.

13. ☐ prowadzę ☐ nie prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą
    Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej ☐ opłacam ☐ nie opłacam składek na ubezpieczenia społeczne. Podstawa, od której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne ☐ jest ☐ nie jest co najmniej równa minimalnemu wynagrodzeniu* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.

14. Czy łączne wynagrodzenie uzyskane w punkcie 10, 12 i 13 ☐ jest ☐ nie jest co najmniej równe minimalnemu wynagrodzeniu* obowiązującym na dzień złożenia oświadczenia.

15. ☐ Wnoszę ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.
    (W sytuacji, gdy posiada się tytuł do ubezpieczeń społecznych powyżej minimalnego wynagrodzenia*)

16. ☐ Wnoszę ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia lub umowy o dzieło podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuję się zwrócić płatnikowi nie opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od powstałego z tego tytułu zadłużenia.

.....

(data i czytelny podpis)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zawartej umowy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L 2016 Nr 119 str.1).

.....

(data i czytelny podpis)

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla pracowników urzędów wojewódzkich oraz pracowników gmin/powiatów, którzy uczestniczą w realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2026

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO", Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem", mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych
Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:
W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.
W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych
Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych
Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie
W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych
Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:
Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

.....

Podpis kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

OGÓLNA KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych w Starostwie Powiatowym w Krapkowicach

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Krapkowicki z siedzibą 47-303 Krapkowice, ul. Kilińskiego 1.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Aneta DRÓŻDŻ, 47-303 Krapkowice, ul. Kilińskiego 1, I piętro - pokój nr 118 z którym można się skontaktować pod nr tel. 77 40 74 308 adresem email: a.drozdz@powiatkrapkowicki.pl;
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu, w jakim administrator je pozyskał i w zakresie niezbędnym do:
   1) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
   2) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO);
   3) realizacji celu w jakim Państwo wyraziliście zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO) lub wyraźną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wskazanych w art. 9 ust. 1 RODO (art. 9 ust. 2 lit. a) RODO);
   4) wykonania umowy, której Państwo jesteście stroną lub do podjęcia działań na Państwa żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
   5) ochrony żywotnych interesów Państwa lub innej osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 lit. d) RODO).
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być instytucje, którym administrator zobowiązany jest lub może przekazywać Państwa dane osobowe na mocy przepisów prawa, jak również inne podmioty zewnętrzne wspierające administratora w wypełnieniu ciążącego na nim obowiązku prawnego, poprzez świadczenie usług informatycznych, doradczych, szkoleniowych, konsultacyjnych, audytowych, pocztowych, finansowych, windykacyjnych oraz pomocy prawnej.
5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego w rozumieniu RODO.
6. Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres realizacji celu, w jakim administrator je od Państwa pozyskał, niezbędny do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi lub realizacji celu, w jakim administrator je od Państwa pozyskał na podstawie udzielonej przez Państwo zgody, a także po jego zrealizowaniu, przez okres niezbędny do wywiązania się przez administratora z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania Państwa danych osobowych (w szczególności archiwizacja) lub okres niezbędny do ewentualnego ustalenia i dochodzenia przez administratora roszczeń lub obrony przed roszczeniami wobec administratora.
7. Macie Państwa prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo do ich przenoszenia.
8. Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej przez zgody, macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Podanie swoich danych osobowych jest:
   1) wymogiem ustawowym, w przypadku, kiedy cel, w jakim Państwo je podaliście, skutkuje koniecznością wypełnienia przez administratora obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub koniecznością wykonania przez administratora zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. W takim przypadku są Państwo zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji Państwa interesu prawnego;
   2) wymogiem umownym, w przypadku, kiedy tak stanowią zapisy umowy. W takim przypadku jesteście Państwo zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało w szczególności problemami z prawidłowym wykonaniem umowy lub niewykonaniem umowy;
   3) warunkiem zawarcia umowy, w przypadku, kiedy celem, w jakim Państwo je podajecie, jest zawarcie umowy. W takim przypadku jesteście zobowiązani do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało nie zawarciem umowy;
   4) nieobligatoryjne, w przypadku, kiedy cel, w jakim administrator je od Państwa pozyskał, nie skutkuje koniecznością wypełnienia przez administratora żadnego obowiązku prawnego lub nie skutkuje koniecznością wykonania przez administratora żadnego zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
11. Posiadacie Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa

.....
Data i podpis asystenta

[wzór]

.....
(nazwa podmiotu zatrudniającego)

.....
(adres)

.....
(imię i nazwisko osoby zatrudnionej)

.....
(PESEL)

Informacja dotycząca PPK

Pracownicze Plany Kapitałowe to dobrowolny program długoterminowego oszczędzania, tworzony i współfinansowany przez pracowników, pracodawców i państwo. Prywatne i imienne rachunki PPK będą zasilane wpłatami pracownika i podmiotu zatrudniającego oraz wpłatą powitalną i dopłatami rocznymi od państwa. Wpłaty pracownika oraz podmiotu zatrudniającego będą naliczane procentowo od wysokości wynagrodzenia pracownika. Pracownik może w każdej chwili zarówno zrezygnować z oszczędzania w tym programie, jak i do niego wrócić.

Ponadto informuję, że:

- osoba zatrudniona, która jest uczestnikiem PPK, powinna – w terminie 7 dni od dnia zawarcia w jej imieniu i na jej rzecz umowy o prowadzenie PPK – złożyć podmiotowi zatrudniającemu oświadczenie o zawartych w jej imieniu umowach o prowadzenie PPK. Oświadczenie powinno zawierać oznaczenie instytucji finansowych, z którymi zawarto te umowy;
- osoba zatrudniona, która ukończyła 55 lat i nie ukończyła jeszcze 70 lat, aby zostać uczestnikiem PPK, powinna złożyć podmiotowi zatrudniającemu wniosek o zawarcie – w jej imieniu i na jej rzecz – umowy o prowadzenie PPK;
- uczestnik PPK, poza obowiązkową wpłatą podstawową, może zadeklarować wpłatę dodatkową do PPK w wysokości do 2% jego wynagrodzenia;
- uczestnik PPK, którego wynagrodzenie osiągane z różnych źródeł w danym miesiącu nie przekracza kwoty odpowiadającej 1,2-krotności minimalnego wynagrodzenia, może złożyć podmiotowi zatrudniającemu deklarację o obniżeniu wpłaty podstawowej do PPK. Obniżona wpłata podstawowa może wynosić mniej niż 2%, ale nie mniej niż 0,5% jego wynagrodzenia.

.....
(data i podpis podmiotu zatrudniającego)

Potwierdzenie otrzymania:

.....
(data i podpis osoby zatrudnionej)

[wzór]

DEKLARACJA
O REZYGNACJI Z DOKONYWANIA WPŁAT
DO PRACOWNICZYCH PLANÓW KAPITAŁOWYCH (PPK)

Deklarację należy wypełnić wielkimi literami. Deklarację składa się podmiotowi zatrudniającemu*.

1. Dane dotyczące uczestnika PPK	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia	
Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego	

2. Nazwa podmiotu zatrudniającego

3. Oświadczenie uczestnika PPK

Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:

a) nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnienia do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji);
b) nieotrzymania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2023 r., poz. 46, z późn. zm.);
c) nieotrzymania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5% wynagrodzenia.

.....
data i podpis uczestnika PPK

.....
data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu

*Podmiot zatrudniający oznacza:
a) pracodawcę, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. a ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 46, z późn. zm.), jeżeli posiada NIP lub REGON,
b) nakładcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. b ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
c) rolnicze spółdzielnie produkcyjne lub spółdzielnie kółek rolniczych – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. c ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
d) zleceniodawcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. d ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych, jeżeli posiada numer NIP lub REGON,
e) podmiot, w którym działa rada nadzorcza – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. e ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
f) płatnika – jeżeli pracodawca, o którym mowa w lit. a, lub zleceniodawca, o którym mowa w lit. d, nie posiada NIP lub REGON.