

Załącznik nr 1

do Regulaminu naboru Uczestników Programu MRPiPS
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026
oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni w 2026 r.

N. z.: PCPR-ON-619-...../2026

Wniosek o usługi asystencji osobistej

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Imię i nazwisko Pełnomocnika/ opiekuna prawnego/ kuratora/ przedstawiciela ustawowego
– jeśli dotyczy i tytuł prawny do reprezentowania Wnioskodawcy

Po zapoznaniu się z Regulaminem naboru Uczestników Programu MRPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni w 2026 r. wnioskuję o usługę asystencji osobistej i jednocześnie oświadczam, że:

1. Rozumiem i akceptuję warunki i zasady określone w w/w Regulaminie.
2. Wnioskuję (jeśli dotyczy) o usługę profesjonalnej asystencji osobistej i oczekuję Asystentki / Asystenta wybranego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni:
☐ tak
☐ nie dotyczy;
3. Wskazuję (jeśli dotyczy) w załączonej Karcie zgłoszenia do Programu osobę wybraną przeze mnie do pełnienia funkcji Asystenta Osobistego tj. Panią/ Pana (imię i nazwisko kandydata na Asystentkę / Asystenta, numer telefonu do kontaktu):
.....
4. W/w osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji Asystenta / Asystentki znam osobiście i potwierdzam, że mój kandydat/ moja kandydatka na Asystenta / Asystentkę posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie i umiejętności niezbędne do należytego wykonania usługi asystencji osobistej dla mnie oraz wyraził/a zgodę na pełnienie funkcji mojego Asystenta / mojej Asystentki;
5. Wybrany przeze mnie kandydat na Asystenta / Asystentkę nie jest moim opiekunem prawnym i nie jest członkiem mojej rodziny (uwaga: na potrzeby Programu za członków rodziny Uczestnika / Uczestniczki uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem Programu / Uczestniczką Programu);
6. Faktycznie nie zamieszkuję z osobą wskazaną przeze mnie do pełnienia dla mnie funkcji Asystenta / Asystentki;
7. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych:
☐ tak
☐ nie
☐ mam opiekuna prawnego/ kuratora;

8. Zdiagnozowano u mnie objawy otępienia lub demencję związane z zaawansowanym wiekiem lub chorobami np. chorobą Alzheimera, Parkinsona i innymi chorobami neurodegeneracyjnymi:
- ☐ tak
- ☐ nie
9. Jestem zdolny/a do pokierowania działaniami wskazanego / wskazanej przeze mnie kandydata / kandydatki na Asystenta / Asystentkę w celu uzyskania dla mnie wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz w moim funkcjonowaniu w życiu społecznym zgodnie z Programem Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
- ☐ tak
- ☐ nie
10. Rozumiem, że będę korzystać z usług Asystenta / Asystentki bezpłatnie. Usługa asystencji będzie dla mnie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego. Uznaję, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem mi i finansowaniem dla mnie usług asystencji osobistej;
11. Wybrany/a przeze mnie kandydat/ka na Asystenta / Asystentkę składa odrębne, własne oświadczenie dotyczące wykonywania usługi asystencji osobistej dla mnie;
12. Wyrażam zgodę, aby mój Asystent /Asystentka wykonywał/a usługi asystencji osobistej także dla innych osób równolegle, ale w osobnych godzinach:
- ☐ tak, zgadzam się,
- ☐ nie, nie wyrażam zgody, aby mój Asystent/Asystentka wykonywał/a usługi asystencji osobistej także dla innych osób;
13. Niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany) poinformuję pisemnie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonych przeze mnie oświadczeń oraz o wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w załącznikach w szczególności tych, które mają wpływ na rozpatrzenie wniosku i prawo do korzystania z usług albo wymiar godzin usług asystencji osobistej;
14. Upředzona/upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy - oświadczam, że dane zawarte we wniosku o usługi asystencji osobistej oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
15. Do wniosku załączam:
- 1) kartę zgłoszenia do Programu (wzór – załącznik nr 7 do Programu),
 - 2) orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne (kopia),
 - 3) ankietę diagnostyczną (załącznik do wniosku),
 - 4) klauzulę informacyjną (załącznik do wniosku),
 - 5) oświadczenie kandydata / kandydatki na Asystenta / Asystentkę (jeśli we wniosku został wskazany Asystent/Asystentka) - wg wzoru załącznika nr 2 do Regulaminu.

Miejscowość.....data.....

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub jego opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika

Załącznik do wniosku
o usługi asystencji osobistej w Powiecie Bocheńskim w 2026 r.

**Ankieta diagnostyczna dotycząca sytuacji Wnioskodawcy
ubiegającego się o usługi asystencji osobistej realizowane w 2026 r.
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni**

Szanowni Państwo,

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni prosi o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w poniższej ankiecie.

Pani/Pana odpowiedzi, uwagi i opinie pozwolą lepiej ocenić wniosek oraz podjąć właściwe decyzje w sprawie usług asystencji osobistej, w ramach możliwości finansowania tych usług ze środków publicznych w Powiecie Bocheńskim.

W ankiecie dla ułatwienia będziemy zwracać się do Państwa w formie „Ty”. Poniżej prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając znak „X” w kratce lub wpisać własną odpowiedź w wy kropkowanych miejscach.

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:
2. Wiek Wnioskodawcy: lat
3. Płeć Wnioskodawcy: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
4. Status Wnioskodawcy na rynku pracy:.....
5. Zainteresowania:.....
.....
.....
6. Sposób komunikowania się Wnioskodawcy z otoczeniem:
☐ werbalnie
☐ niewerbalnie w tym:
☐ język migowy
☐ za pośrednictwem technologii (należy określić bliżej jakich technologii:
.....)
☐ inny sposób (należy określić jaki:.....)
7. Jeśli w Karcie zgłoszenia do Programu wskazałeś / wskazałaś Asystenta / Asystentkę, to czy osoba wskazana posługuje się odpowiednim sposobem komunikacji w kontakcie z Tobą?
☐ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy
8. Co jest źródłem Twojego utrzymania:
☐ praca zarobkowa
☐ renta z tytułu niezdolności do pracy
☐ renta rodzinna
☐ renta socjalna
☐ emerytura
☐ zasiłek stały
☐ inne (jakie?):

9. W jakim przedziale mieszczą się obecnie Twoje dochody (tj. dochody Wnioskodawcy w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego lub suma dochodów w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy z uwzględnieniem definicji: „wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego” z Regulaminu naboru Uczestników Programu MRPIPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2026 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni w 2026 r.):

☐ do 649 zł/os.	☐ od 1501 do 1600 zł/os.	☐ od 2001 do 3000 zł/os.
☐ od 650 do 1200 zł/os.	☐ od 1601 do 1700 zł/os.	☐ od 3001 do 4000 zł/os.
☐ od 1201 do 1300 zł/os.	☐ od 1701 do 1800 zł/os.	☐ od 4001 do 5000 zł/os.
☐ od 1301 do 1400 zł/os.	☐ od 1801 do 1900 zł/os.	☐ od 5001 do 6000 zł/os.
☐ od 1401 do 1500 zł/os.	☐ od 1901 do 2000 zł/os.	☐ powyżej 6001 zł/os.

10. Czy korzystasz ze świadczenia wspierającego otrzymanego na podstawie ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. 2023 poz. 1429):

- ☐ tak
☐ nie

11. Ile osób mieszka wspólnie z Tobą:

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ więcej niż 4

12. Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia a jeśli tak, to ile:

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ więcej niż 4

13. Czy wśród domowników są dzieci z orzeczeniem o zaliczeniu do osób z niepełnosprawnością a jeśli tak, to ile:

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ więcej niż 4

14. Czy wśród domowników są inne osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym a jeśli tak, to ile:

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ więcej niż 4

15. Jeśli zamieszkujesz wspólnie z innymi osobami, ale nie korzystasz z pomocy domowników, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody z Twojej strony, jakie są warunki w otoczeniu lub jakie przeszkody ze strony domowników:

.....

.....

.....

.....

.....

16. Czy przebywasz w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r.

poz. 49), tj.: czy jesteś dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka, albo też przebywasz w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej i wyłączną opiekę nad tobą w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie dotyczy

17. Czy wokół Ciebie mieszkają sąsiedzi, czy masz znajomych, którzy mogą czasem pomóc? Jeśli nie korzystasz z ich pomocy, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody, jakie są warunki w otoczeniu lub jakie przeszkody ze strony sąsiadów i znajomych:

.....

.....

.....

.....

.....

18. Czy korzystasz z pomocy społecznej (finansowej, rzeczowej lub usługowej w tym np. w placówce wsparcia dziennego w Gminie lub w organizacji pozarządowej, samopomocowej). Jeśli tak, to napisz z jakiej pomocy korzystasz a jeśli nie korzystasz, to napisz dlaczego, jak to widzisz, jakie są przeszkody, jakie postawiono warunki ze strony Gminy lub/i organizacji do objęcia Ciebie wsparciem:

.....

.....

.....

.....

.....

19. Czy korzystasz z usług obejmujących analogiczne wsparcie, jak w przedmiocie wniosku a finansowane z innych źródeł – opisz:

.....

.....

.....

.....

20. Korzystam z usług asystencji w ramach Programu MRPiPS pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 u innego Realizatora lub z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla organizacji pozarządowych:

- ☐ tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):

..... w okresie
od.....2026 r. do.....2026 r., w wymiarze godzin

- ☐ nie korzystam.

21. Korzystam z usług asystencji osobistej w ramach innych programów lub projektów obejmujących analogiczne wsparcie:

☐ tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):

..... w okresie
od.....2025 r. do.....2025 r., w wymiarze godzin

☐ nie korzystam.

22. Aktualnie ubiegałem/ubiegałam się o usługę asystencji osobistej u innych organizatorów (np. MOPS, GOPS, fundacja, stowarzyszenie):

☐ tak, ubiegałem się u (nazwa podmiotu):

i (jeśli dotyczy) nie uzyskałem usługi z powodu:

☐ nie ubiegałem się.

23. Korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214):

☐ tak, korzystam

☐ nie korzystam.

24. W odniesieniu do wypełnionej karty zgłoszenia do Programu określ, ile godzin średnio w miesiącu korzystasz z pomocy domowników, sąsiadów i znajomych oraz z pomocy społecznej lub pomocy organizacji pozarządowych i samopomocowych. Na koniec wpisz, jak uważasz, ile godzin pracy asystenta potrzebujesz w odniesieniu do danych czynności, które na co dzień wykonujesz:

☐ otrzymuję pomoc domowników:godzin / miesiąc

☐ otrzymuję pomoc sąsiadów, znajomych:godzin / miesiąc

☐ otrzymuję pomoc z Gminy lub z organizacji społecznej: godzin / miesiąc

☐ potrzebuję wsparcia od Asystenta:godzin / miesiąc

25. Czy jesteś aktywny zawodowo, czy może korzystasz z leczenia odwykowego lub podnosisz swoje kwalifikacje zawodowe lub kształcisz się, studiujesz lub czy korzystasz z poradnictwa zawodowego lub aktywnie poszukujesz pracy? Uwzględnij swoją sytuację w okresie do 3 lat przed dniem złożenia wniosku i opisz:

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

26. Opisz jakie wyjścia, powroty lub dojazdy realizujesz lub chcesz realizować i w jakie miejsca najczęściej wychodzisz lub chcesz wychodzić oraz czy dysponujesz własnym

samochodem, czy korzystasz z komunikacji publicznej, czy potrzebujesz asystenta, który dysponuje samochodem:

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

27. Opisz czy lub jak często korzystasz albo chcesz korzystać z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy). Z jakich dóbr kultury korzystasz regularnie, najczęściej:

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

28. W przypadku, gdy Wnioskodawca jest dzieckiem – wpisz nazwę i adres placówki, z której dziecko korzysta:

..... oraz wskaż, czy dojazdy z miejsca zamieszkania do szkoły/placówki i z powrotem są dla Ciebie bezpłatne:

☐ tak

☐ nie

Jeśli chcesz, napisz tu swoje wnioski lub uwagi do ankiety:

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

Miejscowość.....data.....

Podpis Wnioskodawcy

lub jego opiekuna prawnego, kuratora, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:

.....

**Klauzula informacyjna
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Zgodnie z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej pod adresem: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni, ul. E. Windakiewicza 9/5, 32-700 Bochnia lub poprzez e-mail: pcpr@powiatbochenski.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@iods.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby z niepełnosprawnością, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnością oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być

udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Małopolskiemu, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾

8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Podpis Wnioskodawcy

lub jego opiekuna prawnego, kuratora, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:

.....

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej danych osób fizycznych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 16 do Programu.