

**Załącznik nr 1**

do Regulaminu naboru Uczestników Programu MRPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2025 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.

N. z.: PCPR-ON-619-...../2025

**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 2025 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2025 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni wnioskuję o usługę asystencji osobistej i jednocześnie oświadczam, że:

1. Rozumiem i akceptuję warunki określone w Regulaminie naboru Uczestników Programu MRPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2025 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni:  
 tak  
 nie
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;  
 tak  
 nie
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);  
 tak  
 nie
6. Faktycznie nie zamieszkuję z osobą wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji Asystenta / Asystentki dla mnie;

- tak  
 nie
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 2025;  
 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;  
 tak  
 nie
14. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy - oświadczam, że dane zawarte we wniosku o usługi asystencji osobistej oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.  
 tak  
 nie
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 RODO Ministra (załącznik do wniosku), 5) klauzulę RODO PCPR (załącznik do wniosku), 6) 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 2025 r.

**Ankieta diagnostyczna dotycząca sytuacji Wnioskodawcy  
ubiegającego się o usługi asystencji osobistej realizowane w 2025 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 wnioski 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 wykropkowanych 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 2025 oraz świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2025 r. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni:

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

10. Ile osób mieszka wspólnie z Tobą:

- 0    1    2    3    4    więcej niż 4

11. Czy wśród domowników są dzieci do 16 roku życia lub inna osoba z niepełnosprawnością:

- 0    1    2    3    4    więcej niż 4

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

- tak  
 nie

13. 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:

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

14. 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:

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

15. 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 (zwróć uwagę także na korzystanie 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 2024 r. poz. 1283), z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł – opisz:

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

16. Korzystam z usług asystencji w ramach Programu MRPiPS pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 u innego Realizatora:

tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):

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

nie korzystam.

17. Korzystam z usług asystencji osobistej w ramach innych programów lub projektów:

tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):

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

nie korzystam.

18. 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.

19. 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 2024 r. poz. 1283):

tak, korzystam

nie korzystam.

20. Korzystam z innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego (np. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”) lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, jak usługi asystencji osobistej finansowane z innych źródeł:

tak, korzystam

nie korzystam.

21. 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

22. Czy jesteś aktywny zawodowo, czy może korzystasz z leczenia odwykowego lub podnosisz swoje kwalifikacje zawodowe lub 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:

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

23. 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:

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

24. 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:

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

25. 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:

.....