



Informacje uzupełniające służące do dokonania oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością zgodnie z wytycznymi Programu Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego:

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a
(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)

Oświadczam, że:

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM

1. Jestem osobą samotnie zamieszkującą oraz gospodarującą Tak ☐/ Nie ☐braz

Posiadam/nie posiadam możliwości uzyskania pomocy od innych osób:

- a) ☐ Brak takich osób (brak rodziny).
- b) ☐ Posiadam rodzinę ale zamieszkuje bardzo daleko i nie ma możliwości pomocy lub zamieszkuję z inną osobą niepełnosprawną, która nie może mi pomóc.
- c) ☐ Posiadam rodzinę, która zamieszkuje bliżej (pobliskie miejscowości, zmotoryzowana) i mi pomaga.
- d) ☐ Posiadam rodzinę, która na co dzień mi pomaga (zamieszkuje razem, w bliskiej okolicy).

Jeśli korzystasz wskaż częstotliwość, formę oraz zakres pomocy innych osób:

2. Jestem osobą niesamodzielną Tak ☐/ Nie ☐braz

Potrzebuję/nie potrzebuję wsparcia innych osób:

- a) ☐ Jestem całkowicie zależna od pomocy innych osób w obrębie swojego miejsca zamieszkania i poza nim: wszystkie czynności samoobsługowe oraz prowadzenie gospodarstwa domowego wymagają pomocy innych osób.
- b) ☐ Jestem częściowo zależna od innych osób: w mieszkaniu wykonuję podstawowe czynności gospodarstwa domowego i samoobsługowe samodzielnie, pomocy wymagają bardziej wymagające prace i/lub poruszanie się poza miejscem zamieszkania.
- c) ☐ Jestem umiarkowanie zależna od innych osób – wsparcia, asekuracji wymagają niektóre czynności dnia codziennego.
- d) ☐ Jestem w pełni niezależna w miejscu zamieszkania i poza nim.
- e) ☐ Jestem samodzielna ruchowo ale wymagam wsparcia, asekuracji w czynnościach dnia codziennego, załatwiania spraw poza miejscem zamieszkania.



Opisz krótko swoją sytuację życiową (trudności, bariery, wyzwania, korzystanie z urządzeń pomocniczych):

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

3. Jestem osobą korzystającą ze wsparcia innych instytucji o charakterze pomocowym, usługowym Tak ☐/
Nie ☐braz

a) ☐Korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich.

b) ☐Nie korzystam z ww. wsparcia.

Jeśli korzystasz ze wsparcia wskaż miejsce, częstotliwość, formę oraz zakres usług:

.....

4. Przyznanie asystencji osobistej pozwoli mi aktywizować się społecznie/kulturalnie np. poprzez korzystanie z dóbr kultury m.in. kino, teatr, muzeum i/lub uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych koncerty, spotkania tematyczne itp. . ☐Tak / ☐Nie

5. Dotyczy dzieci (uzupełnia rodzic/opiekun prawny):

Dziecko, będące kandydatem na Uczestnika uczęszcza do placówki edukacyjnej: ☐Tak ☐Nie

Nazwa placówki:.....

Dodatkowe informacje:

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

.....

Data i podpis