



**Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 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 i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2026 r. przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie wnioskuję o usługę asystencji osobistej i jednocześnie oświadczam, że:

1. Rozumiem i akceptuję warunki określone w Regulaminie naboru Uczestników Programu i świadczenia usług asystencji osobistej realizowanych w 2026 r. przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie;
2. Wnioskuję (jeśli dotyczy) o usługę profesjonalnej asystencji osobistej i oczekuję Asystentki/Asystenta wybranego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie:
☐ tak
☐ nie dotyczy;
3. Wskazuję (jeśli dotyczy) w załączonej Karcie zgłoszenia do Programu osobę wybraną do pełnienia funkcji Asystenta Osobistego dla mnie tj. Panią/ Pana (imię i nazwisko kandydata na Asystentkę/Asystenta, numer telefonu do kontaktu):

-
4. 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 lub 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).
 6. Faktycznie nie zamieszkuję z osobą wskazaną przeze mnie w Karcie zgłoszenia do Programu





jako Asystenta/Asystentkę dla mnie;

7. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych:

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ mam opiekuna prawnego/kuratora;

6. 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 i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026;

8. Rozumiem, że będę korzystać z usług Asystenta/Asystentki bezpłatnie. Usługa asystencji będzie dla mnie finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego.

9. Wybrany/a przeze mnie kandydat/ka na Asystenta/Asystentkę składa odrębne, własne oświadczenie dotyczące wykonywania usługi asystencji osobistej dla mnie;

10. Wybrany/a przeze mnie kandydat/ka na Asystenta/Asystentkę wykonuje usługi asystencji osobistej:

- ☐ wyłącznie dla mnie
- ☐ dla mnie i także dla innych osób;

7. Wyrażam zgodę, aby mój Asystent/Asystentka wykonywał/a usługi asystencji osobistej także dla innych osób równolegle, ale w osobnych godzinach:

- ☐ tak
- ☐ nie

8. Niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany) poinformuję pisemnie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie 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;

9. 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 2025 r. poz. 383 z póź.zm) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku o usługi asystencji osobistej oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość data

.....

Podpis Wnioskodawcy lub jego opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:





**Ankieta diagnostyczna sytuacji Wnioskodawcy
do Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie**

Szanowni Państwo,

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Grajewie prosi o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w poniższej ankiecie.

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

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. Czas powstania niepełnosprawności Wnioskodawcy:
☐ od urodzenia
☐ w wyniku wypadku odr.
☐ wyniku choroby odr.
6. Zainteresowania:
.....
.....
7. 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)
8. 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

9. Co jest źródłem Twojego utrzymania:

- ☐ praca zarobkowa;
☐ renta z tytułu niezdolności do pracy;
☐ renta rodzinna;
☐ renta socjalna;
☐ emerytura;
☐ zasiłek stały;
☐ inne (jakie?):.....

10. W jakim przedziale mieszczą się Twoje dochody (tj. dochody Wnioskodawcy w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego lub suma dochodów w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy:

☐ 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 zł/os. do 5000 zł/os.
☐ od 1301 do 1400 zł/os.	☐ od 1801 do 1900 zł/os.	☐ od 5001 zł/os. do 6000 zł/os.
☐ od 1401 do 1500 zł/os.	☐ od 1901 do 2000 zł/os.	☐ powyżej 6001 zł/os.

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:

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ więcej niż 4

13. 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

14. 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, ze strony domowników:

.....

.....

.....

.....

.....

15. 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, ze strony sąsiadów i znajomych:

.....

.....

.....

.....

.....

16. Czy korzystasz z pomocy społecznej finansowej, rzeczowej lub usługowej w tym np. w placówce wsparcia dziennego w Mieście 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 Miasta 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 2025 r. poz. 1214), z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł – opisz:

.....

.....

.....





.....
.....
17. Korzystam z usług asystencji w ramach Programu MRiPS pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 u innego Realizatora:

- ☐ tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):
..... w okresie od 2026 r. do.....
2026 r., w wymiarze godzin
- ☐ nie korzystam

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

- ☐ tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):
..... w okresie od 2026 r. do.....
2026 r., w wymiarze godzin
- ☐ nie korzystam

19. W 2026 r. ubiegałem/ubiegałam się o usługę asystencji osobistej u innych organizatorów (np. MOPS, GOPS, fundacja, stowarzyszenie):

- ☐ tak, korzystam tj. u (nazwa podmiotu):
i (jeśli dotyczy) nie uzyskałem usługi z powodu:
- ☐ nie ubiegałam/em się.

20. 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 z późn.zm.):

- ☐ tak, korzystam;
- ☐ nie korzystam.

21. 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.

22. 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 Miasta lub z organizacji społecznej godzin / miesiąc
- ☐ potrzebuję wsparcia od Asystenta: godzin / miesiąc

23. 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

24. 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:

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....





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

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

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość data

.....

Podpis Wnioskodawcy lub jego opiekuna prawnego, kuratora, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika.

