

# ANKIETA „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

## EDYCJA 2027

Szanowni Państwo, Gmina Piaseczno przygotowuje diagnozę zapotrzebowania na usługi z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” na 2027 r. Na podstawie zebranych danych w ramach poniższej ankiety Gmina dokona oszacowania potrzeb mieszkańców w zakresie zainteresowania skorzystaniem z Programu w 2027 r. Wypełniając ankietę wyrażają Państwo zgodę na przetwarzanie wskazanych w niej danych osobowych. W przypadku niewyrażenia zgody, prosimy o niewypełnianie ankiety.

*Program polega na wsparciu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób z niepełnosprawnością. Usługi asystenckie są finansowane z Funduszu Solidarnościowego, uczestnik nie ponosi odpłatności.*

### **Metryczka:**

**Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością i opiekuna prawnego (jeśli jest ustanowiony)**

.....

**Miejsce zamieszkania (sama nazwa miejscowości):** .....

**Numer telefonu:** .....

### **1. Posiadam:**

- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ☐ 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 (dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia).

### **2. Jestem zainteresowana/y pomocą w formie usług asystenckich w 2027 w wymiarze rocznym:**

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 840 godzin] planuję skorzystać z: ..... godzin.
- ☐ Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 720 godzin] planuję skorzystać z: ..... godzin.
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 480 godzin] planuję skorzystać z: ..... godzin.
- ☐ Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) [limit w Programie wynosi 360 godzin] planuję skorzystać z: ..... godzin.

- ☐ 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 (dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia) [limit w Programie wynosi 360 godzin] planuję skorzystać z: ..... godzin.

3. Czy ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby która byłaby w stanie pełnić funkcję asystenta w ramach usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

☐ tak

☐ nie

**Asystent wskazany przez uczestnika Programu:**

Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytnieniowej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.

Wskazany asystent nie może być dla osoby z niepełnosprawnością jej opiekunem prawnym, członkiem rodziny i wspólnie z nią zamieszkiwać. Ponadto musi być przygotowany do realizacji powyższych usług.

Za członków rodziny uczestnika uznaje się:

1) matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodną siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki uczestnika oraz siostrę ojca uczestnika), wujka (brata matki uczestnika oraz brata ojca uczestnika), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzynkę (córkę rodzeństwa rodziców uczestnika), kuzyna (syna rodzeństwa rodziców uczestnika), zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma;

2) żonę/męża uczestnika;

3) powinowatych członków rodziny małżonka uczestnika oraz członków rodziny osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem, tj.: matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodną siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki małżonka uczestnika oraz siostrę ojca małżonka uczestnika/siostrę matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz siostrę ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), wujka (brata matki małżonka uczestnika oraz brata ojca małżonka uczestnika/brata matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz brata ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzyną, kuzynkę, zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma. Powinowactwo trwa mimo ustania małżeństwa;

4) osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z uczestnikiem;

5) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 r. poz. 1802, z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej do niniejszej Ankiety zamieszczonej na stronie MGOPS.

.....  
**Podpis osoby wypełniającej ankietę**

**Ankietę należy złożyć do:**

Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Piasecznie, ul. Świętojańska 5a

lub na adres mailowy: [sekretariat@mgops.piaseczno.eu](mailto:sekretariat@mgops.piaseczno.eu)

do dnia 22.09.2026 r (do godziny 16:00).

**UWAGA! Złożenie ankiety nie jest równoznaczne z aplikowaniem do udziału w Programie, a jedynie służy diagnozie potrzeb w zakresie szacowania kosztów realizacji danych usług.**