



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczenie o indywidualnej sytuacji osobistej kandydata na Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Niniejsze oświadczenie obejmuje indywidualną ocenę sytuacji osobistej, ocenę potrzeb i poziomu samodzielności oraz możliwości uzyskania pomocy od innych osób.

Oświadczenie jest niezbędne przy ubieganiu się o wsparcie usług asystencji osobistej, a uzyskane odpowiedzi pozwolą na weryfikację indywidualnej sytuacji kandydatów a następnie kwalifikację Uczestników do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

1. Dane osobowe kandydata na Uczestnika Programu

.....
(imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(wiek)

2. Posiadany stopień niepełnosprawności (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- lekki ☐
- umiarkowany ☐
- znaczny ☐
- orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami o umiarkowanym i znacznym stopniu, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 z późn. zm.) ☐

3. Rodzaj niepełnosprawności (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) niepełnosprawność ruchowa ☐
- b) niepełnosprawność sensoryczna (dysfunkcja wzroku, mowy i słuchu) ☐
- c) niepełnosprawność intelektualna ☐

- d) niepełnosprawność psychiczna ☐
- e) niepełnosprawność neurologiczna ☐
- f) pozostałe ☐ Jakie?.....

4. Jestem osobą (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) aktywną zawodowo ☐
- b) nieaktywną zawodowo ☐
- c) uczącą się ☐
- d) emeryt/rencista ☐

5. Samoocena w zakresie stanu zdrowia (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) Na jakim poziomie oceniasz stan swojego zdrowia?
 - stabilnym ☐
 - zmiennym ☐
 - pogarszającym się ☐
- b) Czy występujące choroby przewlekłe/schorzenia wpływają na funkcjonowanie w życiu codziennym?
TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę wskazać jakie schorzenia i w jaki sposób wpływają one na codzienne funkcjonowanie:

.....

.....

.....

.....

.....

6. Samoocena w zakresie samoobsługi (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) Czynności związane z utrzymywaniem higieny osobistej wykonuję:
 - samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności – czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐
- b) Czynności związane z korzystaniem z toalety wykonuję:
 - samodzielnie ☐
 - z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

c) Czynności związane z ubieraniem się wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

d) Czynności związane z przygotowywaniem i spożywaniem posiłków wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

e) Czynności związane ze zmianą pozycji ciała np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

7. Samoocena w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

a) Czynności związane ze sprzątaniem wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

b) Czynności związane z robieniem zakupów wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

c) Czynności związane z robieniem prania i prasowaniem wykonują:

- samodzielnie ☐
- z pomocą innej osoby ☐
- całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności - czynności w tym zakresie są całkowicie wykonywane przez inną osobę ☐

8. Samoocena w zakresie poruszania się (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

a) Czynności związane z poruszaniem się wykonują:

- samodzielnie bez sprzętu ☐
- z użyciem sprzętu pomocniczego ☐ Jakiego?
.....

- z pomocą innej osoby ☐
 - całkowity brak zdolności do wykonywania ww. czynności -
jestem osobą leżącą ☐
- b) Czy masz trudności w poruszaniu się po mieszkaniu:
TAK ☐ NIE ☐
- c) Czy masz trudności w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania:
TAK ☐ NIE ☐
- d) Czy masz trudności z korzystaniem z transportu publicznego:
TAK ☐ NIE ☐

9. Samoocena w zakresie pełnienia ról społecznych i komunikowania się z otoczeniem (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) Czy utrzymujesz kontakty społeczne (rodzina, znajomi)?
- tak ☐
 - w ograniczonym stopniu ☐
 - nie utrzymuję kontaktów ☐
- b) Czy uczestniczysz w życiu społecznym i kulturalnym?
- tak ☐
 - rzadko ☐
 - nie uczestniczę ☐
- c) Czy Twoja niepełnosprawność ogranicza samodzielność w kontaktach społecznych?
TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę wskazać w jaki sposób Twoja niepełnosprawność ogranicza Cię w kontaktach społecznych oraz w jakim zakresie asystent mógłby pomóc :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny lub innych osób (pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem x):

- a) Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą:
TAK ☐ NIE ☐
- b) Jestem osobą, która wspólnie zamieszkuje i gospodaruje z osobą nieletnią (która jest moim dzieckiem lub dzieckiem przysposobionym) lub/i z inną osobą

z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności)

TAK ☐ NIE ☐

c) Jestem osobą, która korzysta ze wsparcia rodziny/innych osób:

TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak, proszę wskazać kto udziela Pani/Panu wsparcia, jak często i w jakim zakresie:

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

11. Dodatkowe informacje o indywidualnej sytuacji osobistej/rodzinnej/zdrowotnej kandydata na Uczestnika Programu, mogące mieć wpływ na uzyskanie wsparcia w formie usług asystencji osobistej:

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

**Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe informacje są prawdziwe.
Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Miejscowość....., data.....

.....
(podpis kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)