



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik do Zarządzenia nr 21/2026
Dyrektora Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
z dnia 03 marca 2026r.

Regulamin przyznawania i realizacji usług w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

§ 1 Definicje

1. **Asystent/Asystentka** – osoba świadcząca usługę asystencką.
2. **Kandydat/Kandydatka** – osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
3. **Centrum** – Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.
4. **Komisja Rekrutacyjna** – pracownicy Centrum powołani Zarządzeniem Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.
5. **Program** – „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
6. **Uczestnik/Uczestniczka Programu** – osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.
7. **Realizator Programu** – Gmina Miasto Koszalin / Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.

§ 2 Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady przyznawania i realizacji usług w Programie w Centrum Usług Społecznych w Koszalinie.
2. Realizacja Programu odbywać się będzie zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki wnioskiem Gminy Miasto Koszalin na środki finansowe z Programu.
3. Regulamin określa prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Realizatora Programu.
4. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

- z Niepełnosprawnością " dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
5. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Miasto Koszalin.
 6. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.
 7. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona.
 8. Biuro Programu znajduje się w siedzibie Centrum Usług Społecznych w Koszalinie – Dział Usług Opiekuńczych i Wspierających pokój 218A, Al. Monte Cassino 2; 75-412 Koszalin.

§ 3 Kryteria uczestnictwa

1. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:

1) **Dostępny** – jest mieszkańcem Gminy Miasto Koszalin oraz jest:

a) dzieckiem od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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, oraz

b) osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo

- traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b 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 2026 r. poz. 26).

2) **Formalne**:

a) złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj.:

1. Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026 stanowiącą - **załącznik** nr 1 do Regulaminu,

2. Kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu w przypadku złożenia dokumentów rekrutacyjnych w wersji papierowej),

3. Kserokopię postanowienie sądu o opiece prawnej, pełnomocnictwo notarialne lub pełnomocnictwo zwykłe (oryginał do wglądu w przypadku złożenia dokumentów rekrutacyjnych w wersji papierowej),

4. Karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 - **załącznik** nr 2 do Regulaminu,

5. Oświadczenie o sytuacji życiowej Kandydata Programu (w przypadku, gdy uczestnikiem jest dziecko z niepełnosprawnością) - **załącznik** nr 3 do Regulaminu,

6. Oświadczenie Kandydata do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 o zapoznaniu się z Regulaminem stanowiące - **załącznik** nr 4 do Regulaminu,

7. Oświadczenie Kandydata Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 o udziale w innych Programach stanowiące - **załącznik** nr 5 do Regulaminu,

2. Premiujące:

1) Centrum Usług Społecznych w Koszalinie, przyznając usługi asystencji osobistej, w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

a) osób z niepełnosprawnościami samotnie gospodarującymi, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

b) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

c) osób z niepełnosprawnościami wskazanymi w § 3 ust. 1 pkt a i b niniejszego Regulaminu, które przebywają w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy,

d) osób z niepełnosprawnościami wskazanymi w § 3 ust. 1 pkt a i b niniejszego Regulaminu, które przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dzieci i osób przebywających w tych placówkach na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nimi w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim,

e) osób z niepełnosprawnościami, które nie korzystają aktualnie z dodatkowego wsparcia np. w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

2) Centrum Usług Społecznych w Koszalinie przyznając usługi asystencji osobistej bierze pod uwagę indywidualną sytuację rodzinną i życiową.

3) Niespełnienie przez Kandydata kryteriów premiujących nie wyklucza go z możliwości zakwalifikowania do Programu, jednak w przypadku dużej liczby zgłoszeń kryteria premiujące mogą mieć wpływ na zakwalifikowanie do Programu.

§ 4 Zasady rekrutacji

1. Osoba ubiegająca się o wsparcie w ramach Programu zobowiązana jest złożyć dokumenty wymienione w § 3 ust.1 pkt 2 w dniach od 4 marca 2026r. do 17 marca 2026r.

1) **w formie papierowej** w Centrum Usług Społecznych w Koszalinie – Biuro Obsługi Klienta, Al. Monte Cassino 2; 75-412 Koszalin od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

do 14.00,

2) **za pośrednictwem operatorów pocztowych - liczy się data wpływu do Centrum lub**

3) **za pośrednictwem e-doręczenia.**

2. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2) muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata lub jego opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

Dokumenty przesłane za pośrednictwem e-doręczenia muszą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym Kandydata lub jego opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

3. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.

4. W terminie do 31 marca 2026r. prowadzona będzie weryfikacja kryteriów, o których mowa w § 3.

5. Ocena kryteriów **dostępu i formalnych** zostanie dokonana metodą: spełnia / nie spełnia. Ocena Kandydata jako "nie spełnia" powoduje, że wniosek zostanie rozpatrzony odmownie, o czym Kandydat zostanie poinformowany pisemnie wraz z uzasadnieniem odmowy.

6. Kryteria premiujące, zgodnie z **załącznikiem** nr 11 do Regulaminu – Karta weryfikacyjna Kandydata, będą oceniane metodą wartości punktowych: spełnia - 1, nie spełnia - 0.

7. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista rezerwowa osób, które spełniają kryterium dostępu i formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.

8. Kolejność kwalifikowania do list wymienionych w ustępie powyżej jest następująca:

1) W pierwszej kolejności zakwalifikowane zostaną osoby spełniające warunki premiujące określone w § 3 ust. 2 pkt 1 lit. a) i b),

2) następnie osoby niespełniające warunków premiujących.

9. O zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu do Programu Kandydaci/ Kandydatki zostaną powiadomieni w formie e-doręczenia lub pisemnej za pośrednictwem operatorów pocztowych.

10. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów Realizator zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu ogłoszonego naboru do Programu.

11. Rekrutacja będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną.

12. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

13. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Centrum Usług Społecznych w Koszalinie jako Realizatora Programu.

§ 5 Zakres usług asystencji osobistej

1. Gmina Miasto Koszalin – Centrum Usług Społecznych w Koszalinie przewiduje

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

prowadzenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla 81 uczestników, którzy spełniają kryteria przyjęte do Programu.

2. Planowana liczba dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi asystencji osobistej: 6.

3. Planowana liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, którym będą świadczone usługi asystencji osobistej: 32.

4. Planowana liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi asystencji osobistej: 20.

5. Planowana liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, którym będą świadczone usługi asystencji osobistej: 14.

6. Planowana liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, którym będą świadczone usługi asystencji osobistej: 9.

7. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;

2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;

3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;

4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

8. Szczegółowy zakres czynności asystenta określony zostaje przez Kandydata na etapie składania dokumentacji rekrutacyjnej tj. pkt. III ust. 7 Karty zgłoszeniowej do Programu.

9. Zadaniem Asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.

10. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodzin osoby z niepełnosprawnością.

11. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.

12. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

13. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jednego uczestnika zgodnie ze złożonym wnioskiem do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 wynosi nie więcej niż:

- 1) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 420 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o
 - a) znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - 3) 360 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 4) 240 godzin rocznie dla:
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - c) dzieci od ukończenia 2 r.ż. do ukończenia 16 r. ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.
14. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/ gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
15. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

16. Zmiana stopnia niepełnosprawności Uczestnika lub korzystanie przez Uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra może skutkować zmianą przysługującego Uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

§ 6 Prawa i obowiązki Uczestnika Programu

1. Uczestnik Programu ma prawo do:

- 1) korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym w porozumieniu z Realizatorem;
- 2) bycia traktowanym przez Asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
- 3) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi asystenckiej;
- 4) wymagania od Asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) zachowania przez Asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
- 6) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jego rzecz usług oraz zgłaszania ich Asystentowi oraz Realizatorowi.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:

- 1) współpracy z Centrum oraz Asystentem przy realizacji usługi asystenckiej;
- 2) traktowania Asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 3) poinformowania Realizatora Programu niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni, o każdej zmianie mającej wpływ na spełnianie kryteriów uczestnictwa w programie. W szczególności:
 - a) utrata statusu osoby z niepełnosprawnością,
 - b) zmiana stopnia niepełnosprawności,
 - c) korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej itd.
- 4) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Asystentem;
- 5) wymagania od Asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie usługi asystenckiej i zamieszczone w Programie, umożliwienie Asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi,

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

6) każdorazowego, bieżącego potwierdzania własnoręcznym podpisem wykonania usługi w Karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu (**załącznik** nr 7 do Regulaminu). W przypadku braku możliwości złożenia własnoręcznego podpisu Uczestnik Programu może upoważnić do tej czynności, zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa o formie czynności prawnej, inną osobę, a w przypadku braku takiej możliwości, Uczestnik może potwierdzić wykonanie usługi asystenckiej przez złożenie tuszowego odcisku palca wraz z pisemnym oświadczeniem Asystenta o braku możliwości złożenia podpisu i opisaniem okoliczności faktycznych. Upoważnienie nie jest wymagane, gdy pełnomocnikiem jest członek najbliższej rodziny lub domownik Uczestnika, a nie ma wątpliwości co do istnienia i zakresu upoważnienia do występowania w imieniu Uczestnika.

7) W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usług Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy oraz zgłasza ten fakt Realizatorowi.

8) respektowania zasad niniejszego Regulaminu.

3. Jako zachowania niedopuszczalne w relacji Uczestnik - Asystent traktuje się:

1) stosowanie przemocy (popychanie, szturchanie, rzucanie przedmiotami, itp.);

2) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;

3) zachowania przekraczające granice sfery intymnej.

§ 7 Realizacja usługi asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny Uczestnika, opiekunami prawnymi Uczestnika oraz osobami faktycznie zamieszkującymi razem z Uczestnikiem i:

1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub

2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu lub wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi **załącznik** nr 1 do Regulaminu,

3) posiadające doświadczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom

z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna, (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do Realizatora Programu.

4) w przypadku wskazania przez Uczestnika lub jego opiekuna prawnego osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej wystarczającym jest oświadczenie Uczestnika Programu o przygotowaniu do świadczenia tej usługi.

2. Osoba, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej powinna przedłożyć 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 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024r. poz. 1802 z późn. zm.), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

3. W podejmowanych działaniach Asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji Uczestnika Programu.

4. Niedozwolone jest spożywanie przez Asystenta alkoholu, używania środków odurzających lub znajdowanie się pod ich wpływem w trakcie realizacji usługi.

5. Uczestnik powinien, o ile jest to możliwe zapewnić, aby osoby wspólnie z nim zamieszkujące:

- 1) utrzymywały czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń oraz urządzeń;
- 2) umożliwiły Asystentowi wykonywanie usług;
- 3) traktowały Asystenta z należytym szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych.

6. W sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu osoby z niepełnosprawnością w trakcie realizacji usługi, Asystent wzywa karetkę pogotowia i bezzwłocznie informuje o tej sytuacji Realizatora.

7. Asystent ma prawo odmówić realizacji usługi i bezzwłocznie poinformować o tej sytuacji Realizatora:

- 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Asystenta;
- 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.

8. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie i odmowy udzielenia dalszego wsparcia.

9. Realizator Programu dokonuje doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie

pisemnej.

10. Centrum Usług Społecznych w Koszalinie dopuszcza możliwość realizacji usługi asystencji Podmiotowi wyłonionemu w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji zadania publicznego pn. „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.

§ 8 Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie i wykluczenie z programu.

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji z podaniem powodu rezygnacji.
3. Realizator Programu może wykluczyć Uczestnika z Programu w razie:
 - 1) nieprzestrzegania przez Uczestnika postanowień Regulaminu,
 - 2) zmiany powodującej, że Uczestnik przestanie spełniać kryteria udziału w Programie,
 - 3) niedochowania obowiązku poinformowania Realizatora Programu o zmianie, o której mowa w § 6 ust. 2 pkt 3,
 - 4) dwukrotnej odmowy proponowanego przez Realizatora Programu usługi kandydata na asystenta osobistego.
4. Od wykluczenia nie przysługuje odwołanie.

§ 9 Przetwarzanie danych osobowych

1. Dane osobowe Kandydatów, Uczestników oraz osób wskazanych do świadczenia usług będą przetwarzane przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).
2. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych są zawarte w załączniku nr 6 do niniejszego Regulaminu „Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026”, z którym każdy Kandydat, Uczestnik oraz osoba wskazana do świadczenia usług Programu powinna się zapoznać.

§ 10 Postanowienia końcowe

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie decyzję, co do rozstrzygnięć podejmuje Realizator.
3. W uzasadnionych przypadkach, Realizator zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
5. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Koszalinie i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
6. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Centrum Usług Społecznych w Koszalinie – Biuro Obsługi Klienta Al. Monte Cassino 2 75-412 Koszalin oraz na stronie internetowej Centrum www.cuskoszalin.eu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Centrum Usług Społecznych w katalogu Projekty Centrum w zakładce „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością 2026”.

załączniki nr:

1. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026’
2. Karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
3. Oświadczenie o sytuacji życiowej Kandydata Programu (w przypadku, gdy uczestnikiem jest dziecko z niepełnosprawnością),
4. Oświadczenie Kandydata Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 o zapoznaniu się z Regulaminem,
5. Oświadczenie Kandydata dotyczące udziału w innych Programach,
6. Klauzula informacyjna – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
7. Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
8. Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.

9. Ewidencja przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
10. Ewidencja przejazdu innym środkiem transportu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026,
11. Karta weryfikacyjna.

Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2026 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Fundusz Solidarnościowy.



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Status na rynku pracy:
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku ☐
 - 3) zaburzenia psychiczne ☐
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
Poza miejscem zamieszkania ☐	1) samodzielnie ☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐
12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób? -

Tak ☐ / **Nie** ☐

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniacie warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie macie możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystacie ze wsparcia innych osób? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

16. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka¹? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

17. Czy jest Pan(i) osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce², gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? - **Tak** ☐ / **Nie** ☐

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w domu/poza domem?

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA³:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

¹ Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

² Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

³ Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

.....

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

.....

.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- a) ubieranie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- b) korzystanie z toalety **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- d) czesanie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- e) golenie **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- l) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐.

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** ☐ / **Nie** ☐,
- b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** ☐ / **Nie** ☐.

- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku

Tak ☐ / Nie ☐

- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐,
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**,
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak ☐ / Nie ☐**,
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak ☐ / Nie ☐**;

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak ☐ / Nie ☐**,
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak ☐ / Nie ☐**,
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
Tak ☐ / Nie ☐,
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak ☐ / Nie ☐**,
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak ☐ / Nie ☐**,
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak ☐ / Nie ☐**;

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak ☐ / Nie ☐**,
- b) wyjście na spacer **Tak ☐ / Nie ☐**,
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak ☐ / Nie ☐**,
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak ☐ / Nie ☐**,
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak ☐ / Nie ☐**,
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
Tak ☐ / Nie ☐,

- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze

Tak ☐ / **Nie** ☐

- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** ☐ / **Nie** ☐

- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością

Tak ☐ / **Nie** ☐

- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

Tak ☐ / **Nie** ☐

- k) inne: **Tak** ☐ / **Nie** ☐

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** ☐ / **Nie** ☐

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** ☐ / **Nie** ☐

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....

.....

.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

a. limitu przyznanych godzin:

b. limitu wykorzystanych godzin:

c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
- a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
 - b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 17 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 16 albo 17 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 oświadczam, że zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 16 albo ust. 17 niniejszej Karty.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam (podmiot, któremu przedkłada się niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.



Załącznik nr 2 do Regulaminu

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- a) ubieranie ☐
- b) korzystanie z toalety ☐
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐
- d) czesanie ☐
- e) golenie ☐
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ☐
- l) sianie łóżka i zmiana pościeli ☐

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐

b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐;

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;

- b) wyjście na spacer ☐
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ☐
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ☐
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐
- k) inne:

.....
miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis realizatora Programu)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3 do Regulaminu

.....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA PROGRAMU – DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

Oświadczam, że:

Dziecko z niepełnosprawnością¹ jest wychowywane przez jednego rodzica **Tak** ☐ / **Nie** ☐

.....

miejsowość, data

.....

Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu

¹ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 4 do Regulaminu

.....
(Imię i nazwisko)

.....
.....
(Adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PROGRAMU

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczam, że:

- zapoznałem się z Regulaminem przyznawania i realizacji usług w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a w szczególności o:
- obowiązku poinformowania Realizatora Programu niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni, o każdej zmianie mającej wpływ na spełnianie kryteriów uczestnictwa w Programie, w szczególności np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych Programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej itd.
- w przypadku wskazania przeze mnie osoby mającej wykonywać usługi asystencji osobistej oświadczam, że poinformowałem/poinformowałam tę osobę o zamiarze przekazania jej danych osobowych do Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu weryfikacji możliwości realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu.

.....
miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 5 do Regulaminu

.....
(Imię i nazwisko)

.....
.....
(Adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA do udziału w Programie

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego edycja 2026**

DOTYCZĄCE UDZIAŁU W INNYCH PROGRAMACH

Oświadczam, że:

- w bieżącym roku kalendarzowym złożyłem/am wniosek dotyczący udziału w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2026

• **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- nazwy Realizatora Programu
- korzystam z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych Programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej

• **Tak** ☐ / **Nie** ☐

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- limitu przyznanych godzin:
- limitu wykorzystanych godzin:

- nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

.....
miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu



Załącznik nr 6 do Regulaminu

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Zgodnie z art. 13 i 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Centrum Usług Społecznych w Koszalinie informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Usług Społecznych w Koszalinie z siedzibą przy Al. Monte Cassino 2 w Koszalinie**, adres e-mail: sekretariat@cuskoszalin.eu, tel. 94 316 03 00.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iod@cuskoszalin.eu lub pisemnie na adres: ul. Al. Monte Cassino 2, 75-412 Koszalin.

Kategorie danych osobowych

W przypadku **uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**: imię i nazwisko, adres zamieszkania, dane kontaktowe, numer PESEL, dane dotyczące stopnia i rodzaju niepełnosprawności, informacje dotyczące sytuacji życiowej i rodzinnej w zakresie niezbędnym do oceny potrzeb, dane dotyczące zakresu oczekiwanego wsparcia.

W przypadku **osoby wskazanej do realizacji usług asystencji osobistej** określonej w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026: imię i nazwisko, dane kontaktowe (np. numer telefonu) dane dotyczące kwalifikacji lub doświadczenia (jeżeli wymagane).

Dane te są pozyskiwane pośrednio – od uczestnika Programu.

Osoba wskazana jako asystent zostanie poinformowana o przetwarzaniu jej danych najpóźniej przy pierwszym kontakcie z Administratorem.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Dane osobowe są przetwarzane **w celu**:

- przeprowadzenia naboru do Programu,
- dokonania oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością,
- przyznania usług asystencji osobistej oraz ustalenia ich zakresu,
- realizacji usług asystencji osobistej,
- zawarcia i realizacji umów z asystentami,

- prowadzenia sprawozdawczości, rozliczeń finansowych, nadzoru i kontroli realizacji Programu,
- archiwizacji dokumentacji.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026,
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO – realizacja zadania publicznego w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami,
- art. 9 ust. 2 lit. b i g RODO – w zakresie danych szczególnych kategorii (dotyczących zdrowia i niepełnosprawności), w związku z realizacją zadań z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Dane mogą być przekazywane:

- Wojewodzie Zachodniopomorskiemu,
- Ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego,
- podmiotom kontrolnym i audytowym,
- podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora (np. obsługa IT, obsługa prawna),
- innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, a następnie przez okres wymagany przepisami o archiwizacji dokumentacji oraz rozliczaniu środków publicznych.

Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (w zakresie art. 6 ust. 1 lit. e RODO). W zakresie, w jakim przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, prawo sprzeciwu nie przysługuje.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą podlegały profilowaniu.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie niezbędnym do udziału w Programie. Niepodanie danych uniemożliwi rozpatrzenie wniosku oraz przyznanie usług asystencji osobistej.



**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddo.....2026 r.

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Imię i nazwisko asystenta	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna na prawnego
1.							

2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu2026 r. wyniosłagodzin.

Łączne koszty jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu, kosztów przejazdów asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu własnym/udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu oraz przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósł zł (nie więcej niż 300 zł miesięcznie, jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością, albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na asystenta, pod warunkiem że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością).**

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

** Należy załączyć ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:

- Ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;
- Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.



100

.....

Ewidencja biletów komunikacyjnych

za miesiąc 2026 r.*

*Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych. W tej samej formie, w celu wykazania, musi zostać udokumentowany fakt przejazdu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd przez uczestnika nie jest nieodpłatna, co musi zostać również udokumentowane.

.....

Data i podpis asystenta



EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2026 r.

* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271 z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 112).

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ - 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ - 1,15 zł;
- dla motocykla - 0,69 zł;
- dla motoroweru - 0,42 zł.

Data i podpis asystenta



.....

.....

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką
ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

[illegible]

.....

Data i podpis asystenta



KARTA WERYFIKACYJNA
KANDYDATA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO –
EDYCJA 2026

Kandydat Programu: Pani/Pan

Ilość godzin.....

Kryteria:

1. Dostępu : spełnia ☐ / nie spełnia ☐

2. Formalne : spełnia ☐ / nie spełnia ☐

3. Premiujące

spełnia- 1 punkt nie spełnia- 0 punktów

Lp.	Kryteria Premiujące :	liczba punktów
1.	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną samotnie zamieszkująca i gospodarująca	
2.	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności samotnie zamieszkująca i gospodarująca	
3.	Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną samotnie zamieszkująca i gospodarująca	
4.	Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności samotnie zamieszkująca gospodarująca	
5.	Dziecko z niepełnosprawnością zamieszkujące z inną osobą z niepełnosprawnością	
6.	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością nie mające możliwości wzajemnego wsparcia i nie korzystające ze wsparcia innych osób	
7.	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością nie mające możliwości wzajemnego wsparcia i nie korzystające ze wsparcia innych osób	
8.	Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością nie mające możliwości wzajemnego wsparcia i nie	

	korzystające ze wsparcia innych osób	
9.	Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością nie mające możliwości wzajemnego wsparcia i nie korzystające ze wsparcia innych osób	
10.	Dziecko z niepełnosprawnością/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, która przebywa w pieczy zastępczej lub placówce opiekuńczo- wychowawczej	
11.	Dziecko z niepełnosprawnością/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nie ma przyznanych usług asystencji z Programów „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026	
12.	Członek rodziny/opiekun dziecka z niepełnosprawnością/ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności nie ma przyznanych usług opieki wytchnieniowej z Programów „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026	
13.	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nie jest aktywna zawodowo	
14.	Dziecko z niepełnosprawnością/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nie ma przyznanych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	
15.	Dziecko z niepełnosprawnością wychowywane przez jednego rodzica	
16.	Nie korzysta ze wsparcia o podobnym charakterze realizowanego zarówno w Programie jak i w ramach innych programów, czy projektów finansowanych ze środków publicznych, zarówno krajowych jak i zagranicznych	
	Suma punktów	

Sprawdzono w systemie Aplikacja Centralna	
Sprawdzono w innych zasobach Centrum Usług Społecznych w Koszalinie	