Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Karta zgłoszenia GOPS.4141.1.....2026

Karta zgłoszenia Asystenta
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Należy wypełnić czytelnie – DRUKOWANYMI LITERAMI

I. Dane Asystenta:

Imię i nazwisko Asystenta: ..... Nazwisko rodowe: .....

Imię ojca ..... Imię matki .....

Data i miejsce urodzenia: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

II. Wskazanie Asystenta:

☐ jestem osobą wskazaną przez ..... - uczestnika Programu
/imię i nazwisko uczestnika/

☐ jestem osobą wskazaną przez ..... - opiekuna prawnego/rodzica
/imię i nazwisko opiekuna/

sprawującego opiekę nad ...../imię i nazwisko uczestnika/

Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w następujących w minimum jednym z zawodów i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym .

i/lub

posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie zawodowe w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami (odpłatnie lub w formie wolontariatu).*

(data i czytelny podpis Asystenta) .....

* Należy załączyć kserokopię dyplomu zawodowego lub zaświadczenie z pracy albo referencje od osoby prawnej/fizycznej, wraz z kserokopią orzeczenia o niepełnosprawności osoby, której udzielano wsparcia.

Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.
Kwota dofinansowania: 84 848,70 zł

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że ..... (wpisać „wyrażam” lub „nie wyrażam”) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu i załącznikach oraz wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 /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) (Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178)/.

(data i czytelny podpis Asystenta) .....

2. Oświadczam, że:

..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) członkiem rodziny uczestnika (za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz 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),

..... (wpisać „jestem” lub „nie jestem”) opiekunem prawnym uczestnika,

..... (wpisać „zamieszkuję” lub „nie zamieszkuję”) razem z uczestnikiem.

(data i czytelny podpis Asystenta) .....

3. Oświadczam, że..... (wpisać „zapoznałem/łam się”

lub „nie zapoznałem/łam się”) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, Regulaminem Programu oraz Zakresem Czynności Asystenta.

(data i czytelny podpis Asystenta) .....

4. Oświadczam, że ..... (wpisać „posiadam” lub „nie posiadam”) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoznaczne (w przypadku posiadania należy załączyć kserokopię orzeczenia oraz zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania funkcji asystenta osoby z niepełnosprawnościami – nie starsze niż 1 miesiąc).

(data i czytelny podpis Asystenta) .....