



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Krościenko Wyżne dotycząca chęci uczestnictwa w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

W dniu 07.09.2026 r. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ogłosił nabór wniosków w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. Gmina Krościenko Wyżne/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym planuje zatem przystąpić do realizacji wyżej wskazanego programu. W związku z powyższym **zapraszamy osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów do zgłaszania potrzeb dotyczących usług asystencji osobistej na rok 2027**. Zebrane informacje posłużą do oszacowania liczby uczestników i kosztów realizacji usług asystencji osobistej na terenie Gminy Krościenko Wyżne.

Cele i adresaci Programu

Celem programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia osób niepełnosprawnych w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Adresatami Programu są:

- dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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 oraz
- osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
 - c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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.

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

1. wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
2. wsparciu uczestnika w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie;
3. wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
4. wsparciu uczestnika w komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumieniu i przekazywaniu informacji;
5. wsparciu uczestnika w uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowaniu aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej).

Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące wobec osób niepełnosprawnych:

- opiekunami prawnymi,
- osobami faktycznie zamieszkującymi razem z os. niepełnosprawną,
- członkami rodziny - za członków rodziny osoby biorącej udział w Programie 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, kuzyna, 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.

Podstawa prawna programu.

Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym. Nabór wniosków przeprowadzony zostanie zgodnie z art. 13 ww. ustawy.

Terminy naboru wniosków

Gmina/powiat składa wniosek do właściwego wojewody za pośrednictwem Generatora Funduszu Solidarnościowego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mriips.gov.pl>, w terminie od dnia 7 września 2026 r. do dnia: 30 września 2026 r.

Wojewoda, po weryfikacji wniosków złożonych przez gminy/powiaty, sporządza listę rekomendowanych wniosków do finansowania w ramach Programu (załącznik nr 12 do Programu) i przekazuje ją do Ministra wraz z informacją wojewody dotyczącą środków finansowych z Programu (załącznik nr 13 do Programu), w terminie do dnia 31 października 2026 r.

Minister zatwierdza zbiorczą listę rekomendowanych wniosków w terminie 30 dni od dnia przekazania Ministrowi wszystkich list rekomendowanych wniosków wojewodów.

W związku z planowanym przystąpieniem Gminy Krościenko Wyżne do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym w celu rozeznania

faktycznych potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie usług asystenckich przeprowadza niniejszą diagnozę, która posłuży do przygotowania wniosku na realizację Programu, dlatego prosimy o zgłaszanie się osób chętnych lub ich opiekunów do objęcia usługą asystencji osobistej.

Zgłoszeń o chęci udziału w programie można dokonywać do **dnia 23 września 2026 r.**, wypełniając załączoną poniżej ankietę.

Załącznik (ankieta) – znajduje się poniżej

Ankietę należy wypełnić i przekazać:

- osobiście w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym, ul. Szkolna 13, 38-422 Krościenko Wyżne (poniedziałek 8.00-16.00; wtorek-piątek 7.00-15.00)
- mailowo pod adresem: gopsk@kroscienkowyzne.eu
- poprzez e-Doręczenia: AE:PL-55073-34393-ITRIU-32

Jednocześnie informujemy, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

Po otrzymaniu środków z Funduszu Solidarnościowego Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym będzie prowadził nabór uczestników do Programu na podstawie kart zgłoszeniowych (zał. Nr 1 do Programu) w trakcie którego zostanie dokonana ocena indywidualnej sytuacji osób z niepełnosprawnością, w tym:

- potrzeb osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta,
- poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością,
- dostępności pomocy ze strony innych osób lub podmiotów.

Ocena indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością dokonywana będzie z wykorzystaniem Karty oceny indywidualnej sytuacji osoby z niepełnosprawnością do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Programu.

Na tej podstawie oraz w oparciu o warunki określone w Programie, wyłonimy osoby najbardziej potrzebujące tego typu wsparcia.

Szczegóły Programu zawarte są pod adresem: <https://niepelnosprawni.gov.pl/program-fs/nabor-wnioskow-w-ramach-resortowego-programu-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spoecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-2/>

Agnieszka Zajdel
Dyrektor GOPS

.....

Krościenko Wyżne, dnia

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCÓW Z TERENU GMINY KROŚCIENKO WYŻNE

ANKIETA dot. chęci uczestnictwa w Programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2027.

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/ osoby której jestem opiekunem prawnym w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego—edycja 2027

2. Posiadam orzeczenie :

☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,

☐ o znacznym stopniu,

☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,

☐ o umiarkowanym stopniu albo

☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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.

***Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.**

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Moje dziecko posiada 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

☐ TAK

☐ NIE

3. Liczba godzin usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2027**

.....

Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż**:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami 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) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o 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) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami 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 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 4) 360 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. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

4. Czy jest Pan/Pani/ dziecko aktualnie objęty/a/e wsparciem m.in. w formie uczestnictwa w DDS+, ŚDS, OREW, PSONI, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług obejmujących analogiczne wsparcie tj. opieka wytnieniowa?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK

☐ NIE

7. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

☐ komunikowania się:

.....
.....

(informacje na temat ograniczeń)

☐ poruszania się:

.....
.....

(informacje na temat ograniczeń)

☐ Inne (jakie?)

.....
.....

8. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Krościenko Wyżne, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* 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) (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz.38 Urz. UE L 74 z 04.03.2021, str. 35), zwanym dalej „RODO”, i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781, z późn.zm.).

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej