



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent  
osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Nr sprawy: AOOzN. 4110.1. .... 2026

**OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ  
ubiegającej się o uczestnictwo w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Imię i nazwisko Uczestnika Programu .....

Adres zamieszkania: Przeworsk, ul. ....

Stopień niepełnosprawności: .....

**Znakiem „X” zaznaczyć we właściwej kratce**

<b>Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do Programu</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Liczba punktów</b>
Osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie korzysta ze wsparcia innych osób.			
Osoba z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z innymi osobami, które jednocześnie spełniają warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu i nie mają możliwości wzajemnego wsparcia, ani nie korzystają ze wsparcia innych osób.			
Osoba z niepełnosprawnością o której mowa w części III ust. 2 Programu, która przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: dziecko i osoba przebywająca w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy			
Osoba z niepełnosprawnością o której mowa w części III ust. 2 Programu, która przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dziecko i osoba przebywająca w tej placówce na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy, o ile wyłączną opiekę nad nią w tej placówce sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim.			
<b>Potrzeby osoby z niepełnosprawnością wymagającej wsparcia asystenta:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Liczba punktów</b>
Wymaga wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej			
Wymaga wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego			
Wymaga wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			
Wymaga wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			





<b>Poziom samodzielności osoby z niepełnosprawnością:</b>				
Porusza się w domu:	Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	Z pomocą sprzętów ortopedycznych	Samodzielnie	Liczba punktów
Porusza się poza miejscem zamieszkania:	Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych	Z pomocą sprzętów ortopedycznych	Samodzielnie	Liczba punktów
Wykonuje czynności samoobsługowe:	Nie wykonuje samodzielnie żadnych czynności samoobsługowych	Częściowo samodzielnie	Samodzielnie	Liczba punktów
Prowadzi gospodarstwo domowe:	Samodzielnie nie prowadzi gospodarstwa domowego	Częściowo samodzielnie	Samodzielnie	Liczba punktów
Podejmuje aktywność życiową i komunikuje się z otoczeniem:	Samodzielnie nie podejmuje aktywności życiowej i komunikacji z otoczeniem	Częściowo samodzielnie	Samodzielnie	Liczba punktów
<b>Możliwość uzyskania pomocy od innych osób:</b>		TAK	NIE	Liczba punktów
Korzysta z dziennej pomocy instytucjonalnej (Dziennego Domu „Senior+”, Środowiskowego Domu Samopomocy, Warsztatów Terapii Zajęciowej lub innego ośrodka wsparcia)				
Korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, pomocy sąsiedzkiej, rodziny, prywatnie opłacanej osoby, wolontariatu, itp.				
Korzysta z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej				
<b>SUMA PUNKTÓW</b>				

Data: .....

Członkowie komisji rekrutacyjnej:

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