Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

……..

miejscowość, data

OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością ……

Adres zamieszkania ……

Data urodzenia ……

Status na rynku pracy……

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego lub Rodzica w przypadku osób małoletnich* JEŻELI DOTYCZY

Osoba wymagająca wysokiego poziomu wsparcia	**Liczba punktów**
Posiadająca orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną**[1]. (3 pkt)	
Posiadająca orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności. (2 pkt)	
Posiadająca orzeczenie 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. (2 pkt)	
Dziecko 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. (2 pkt)	
Posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną. (1 pkt)	
Kryteria pierwszeństwa zakwalifikowania do projektu:	**Liczba punktów**
Osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie korzysta ze wsparcia innych osób. (1 pkt)	
Osoba z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkująca i gospodarująca, z innymi osobami, jednocześnie spełniającymi warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu i nie mającymi możliwości wzajemnego wsparcia, ani które nie korzystają ze wsparcia innych osób. (1 pkt)	
Osoba z niepełnosprawnościami, 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 rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy. (1 pkt)	

[1] Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.

Osoba z niepełnosprawnościami, o której mowa w części III ust. 2 Programu, która przebywa w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.: dziecko i osoba przebywająca w tych placówkach 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. (1 pkt)	
Badanie/weryfikacja po uwzględnieniu Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026	
Ocena potrzeby wsparcia i poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością	**Liczba punktów**
Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej – wymaga. (1 pkt)	
Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie – wymaga. (1 pkt)	
Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania – wymaga. (1 pkt)	
Wsparcia podczas podejmowania aktywności w życiu społecznym i komunikowaniu się z otoczeniem, tj. np. uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych) – wymaga. (1 pkt)	
Możliwości uzyskania pomocy od innych osób.	**Liczba punktów**
Osoba samotna (mieszka sama). (2 pkt)	
Osoba mieszka wyłącznie z inną osobą niepełnosprawną/innymi osobami niepełnosprawnymi bez możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich. (2 pkt)	
Kandydat nie korzysta z innych form wsparcia np. w ramach programów dla seniorów, usług opiekuńczych, dziennego domu pomocy, warsztacie terapii zajęciowej, środowiskowym domu samopomocy, asystencji osobistej itp. (1 pkt)	
Kandydat mieszka z rodziną. (0 pkt)	
SUMA PUNKTÓW	

Informacje uzupełniające (nie mające wpływu na powyższą punktację):
Jakie są Pana/Pani potrzeby wymagające wsparcia w formie usług asystenckich? …… …… ……

Data i podpisy osób dokonujących ocenę:

……

……

……

Powyższy wynik indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością skutkuje pisemną informacją dla kandydata/- tki o:

- przyznaniu w roku kalendarzowym 2026 usług asystencji osobistej w określonym wymiarze godzin *
- wpisaniu na listę rezerwową (zgodnie z założeniami zawartymi w Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie. *
- o odmowie przyznania usług asystencji osobistej wraz z uzasadnieniem. *

* niepotrzebne skreślić