



Załącznik do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”

**Kwestionariusz oceny indywidualnej sytuacji osoby wymagającej wsparcia w ramach
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026”**

! Kwestionariusz należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

I. Dane osobowe kandydata/kandydatki

IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA											
NUMER KONTAKTOWY											

II. Oczekiwania dotyczące miesięcznej liczby godzin usług asystencji osobistej

Rodzaj orzeczenia		Posiadane (wstaw „X” przy właściwym)
1.	orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną	
2.	orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności	
3.	orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	

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



III. Ocena codziennego funkcjonowania w określonych zakresach

Indywidualna ocena funkcjonowania w czynnościach życia codziennego, wynikająca z niepełnosprawności: <i>Oceń funkcjonowanie – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>	
bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczenia w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą	
źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą	
średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić	
dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, co do zasady, nie wymaga wsparcia innych osób	

Możliwość uzyskania pomocy od innych osób/ instytucji	<i>Oceń funkcjonowanie – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>	
	TAK	NIE
osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca		
osoba z niepełnosprawnością, zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą, która ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność nie jest w stanie udzielać wsparcia		
osoba z niepełnosprawnością, zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą, od której otrzymuję wsparcie		
zamieszkiwanie na terenie gminy Raków osoby bliskiej (innej niż wspólnie zamieszkującej)		
Jeżeli zaznaczono odpowiedź TAK , proszę wymienić osoby bliskie zamieszkujące na terenie gminy Raków oraz stopień pokrewieństwa:		
możliwość uzyskania wsparcia od innych osób (osób bliskich, bądź innych)		



Jeżeli zaznaczono odpowiedź **NIE**, proszę uzasadnić odpowiedź, podając przyczynę braku możliwości uzyskania wsparcia:

Korzystanie z innych form wsparcia:	TAK	NIE
Usługi opiekuńcze z GOPS		
Prywatna opieka		
Opieka pielęgnarska		
Inne, jakie:		

Poruszanie się:	Oceń poruszanie się – wstaw „X” przy właściwym określeniu
W domu	
Samodzielnie (bez sprzętów ortopedycznych i innych osób)	
Przy pomocy sprzętu ortopedycznego	
Z pomocą drugiej osoby	
Nie poruszam się (jestem osobą leżącą)	
Poza domem	
Samodzielnie (bez sprzętów ortopedycznych i innych osób)	
Przy pomocy sprzętu ortopedycznego	
Z pomocą drugiej osoby	
Nie wychodzę poza miejsce zamieszkania	



Czynności samoobsługowe	Oceń możliwości wykonywania czynności samoobsługowych – wstaw „X” przy właściwym określeniu		
	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
Ubieranie się			
Utrzymanie higieny (mycie głowy, mycie ciała, kąpiel, czesanie, golenie, obcinanie paznokci rąk i nóg)			
Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety			
Przygotowanie i spożywanie posiłków			
Poruszanie się (wstawanie z łóżka, powrót do niego, siadanie na krześle/wstawanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			

Czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego	Oceń możliwości wykonywania czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego – wstaw „X” przy właściwym określeniu		
	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
Samodzielne wykonywanie codziennych prac domowych			
Samodzielne wykonywanie gruntownych porządków np. mycie okien, zmiana firan			
Pranie i prasowanie odzieży i pościeli			
Gotowanie			
Robienie zakupów			
Planowanie budżetu domowego			

Komunikowania się z otoczeniem i aktywności życiowej	Oceń możliwości wykonywania czynności w zakresie komunikowania się z otoczeniem i aktywności życiowej – wstaw „X” przy właściwym określeniu
--	---



	TAK	NIE
Mam problemy ze słuchem		
Mam problemy z mową		
Mam kłopot ze zrozumieniem tego, co mówią inni		
Mam kłopoty z pamięcią		

Aktywności życiowej	Oceń możliwości wykonywania czynności w zakresie aktywności życiowej – wstaw „X” przy właściwym określeniu		
	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
Obsługa komputera, telefonu komórkowego i innych urządzeń służących do komunikacji			
Wyjście na spacer			
Wyjście do kina, teatru, restauracji, kościoła, na basen itp.			
Wyjście na wizytę do lekarza			
Załatwianie spraw urzędowych/punktach usługowych			
Nawiązywanie kontaktów z osobami			

IV. Inne informacje dotyczące funkcjonowania i sytuacji życiowej uznane w Pana/Pani opinii za istotne, a nie zawarte powyżej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026” współfinansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego*

V. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym Kwestionariuszu oceny indywidualnej sytuacji osoby wymagającej wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”, są prawdziwe.

Miejscowość:

Data (dd/mm/rr):.....

Czytelny podpis kandydata/kandydatki: