



***„Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością dla  
Organizacji Pozarządowych  
-edycja 2026”***

**DOKUMENTY DO ZWROTU**

## **Ogólna karta informacyjna – uczestnik**

1. Nazwisko i imię rodzina/opiekuna prawnego: .....

2. Numer telefonu: .....

3. NIK na Facebook: .....

4. Nazwisko i imię osoby z niepełnosprawnością:.....

5. Kwalifikacja:

a) Dziecko do 16 roku życia

b) Osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1

c) Osoba o znacznym stopniu niepełnosprawnością – sprzężone

6. Data rozpoczęcia udziału w projekcie: .....

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Adres e-mail: .....
5. Preferowana forma komunikacji: telefon , e-mail , poczta tradycyjna
6. Data urodzenia: .....
7. Status na rynku pracy: .....
8. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak  / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko .....

9. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

10. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (m.in. paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa - rdzeniowa) ,
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
- 3) zaburzenia psychiczne ,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

11. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

12. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności) - Tak  / Nie

13. Czy porusza się Pan(i):

- W domu
- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|

Poza miejscem zamieszkania 1) samodzielnie  2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.  3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

14. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie - Tak  / Nie

15. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?  
.....

16. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób? – Tak  / Nie

17. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, jednocześnie spełniającą warunki o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mającymi możliwości wzajemnego wsparcia ani korzystania ze wsparcia innych osób? – Tak  / Nie

18. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka<sup>1</sup> - Tak  / Nie

19. Czy jest Pan(i) osobą, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce<sup>2</sup>, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim - Tak  / Nie

## II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w domu/poza domem?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

<sup>2</sup> Na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49).

<sup>3</sup> Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupelnienie nie jest konieczne.

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: .....

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

4. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? Tak  / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

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

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

a) ubieranie Tak  / Nie ;

b) korzystanie z toalety Tak  / Nie ;

c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel Tak  / Nie ;

d) czesanie Tak  / Nie ;

e) golenie Tak  / Nie ;

f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu Tak  / Nie ;

g) obcinanie paznokci rąk i nóg Tak  / Nie ;

h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło/fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku Tak  / Nie ;

i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń Tak  / Nie ;

j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych Tak  / Nie ;

k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) Tak  / Nie ;

l) stanie łóżka i zmiana pościeli Tak  / Nie .

- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci Tak  / Nie ;
  - b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) Tak  / Nie ;
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku Tak  / Nie ;
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) Tak  / Nie ;
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go Tak  / Nie ;
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) Tak  / Nie .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością Tak  / Nie ;
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym Tak  / Nie ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym Tak  / Nie ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu Tak  / Nie ;
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami Tak  / Nie ;
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta Tak  / Nie .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji Tak  / Nie ;
- b) wyjście na spacer Tak  / Nie ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. Tak  / Nie ;
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej Tak  / Nie ;
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy Tak  / Nie ;
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się Tak  / Nie ;
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze Tak  / Nie ;
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. Tak  / Nie ;
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością Tak  / Nie ;
- j) w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji Tak  / Nie ;
- k) inne: ..... Tak  / Nie

8. Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej? Tak  / Nie

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak  / Nie

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną formy wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

.....

.....

.....

.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta/korzystał(a) Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak  / Nie

Jeżeli Tak, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin: .....
- b. ilość wykorzystanych godzin: .....
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:  
.....

#### V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
  - i. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
  - ii. usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 19 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu części IV ust. 6 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026, nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 5 pkt 1 lit. a i b Programu. 6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 oświadczam, że

zobowiązuje się do dostarczenia dokumentu/dokumentów potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w części I ust. 18 albo 19 niniejszej Karty.

7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam ..... (podmiot, któremu przedkładana jest niniejsza Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026) do potwierdzenia informacji, o których mowa w części IV ust 3 powyżej u Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla mnie realizowane.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami określonymi 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.

WZÓR

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026**

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej: a) ubieranie ;  
b) korzystanie z toalety ;  
c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ;  
d) czesanie ;  
e) golenie ;  
f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ;  
g) obcinanie paznokci rąk i nóg ;  
h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ;  
i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ;  
j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ;  
k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ;  
l) sianie łóżka i zmiana pościeli ;
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
  - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - sprzątanie mieszkania (dotyczy pomieszczeń, z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień), w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
  - b) dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów

- z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
  - b) wyjście na spacer

- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp.
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji
- k) inne: .....

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....  
 (Podpis realizatora Programu)

Załącznik nr 13 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” dla Organizacji  
Pozarządowych - edycja 2026

**Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla podmiotów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026**

Zgodnie z art. 13 i 14 rozporządzenia 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, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną - adres email: [iodo@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

**Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych, jako pracowników realizatorów Programu, tj. podmiotów które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026. Zakres przetwarzanych służbowych danych osobowych to: imię, nazwisko, zajmowane stanowisko, miejsce pracy, numer telefonu, adres e-mail.

**Kategoria osób**

Pracownicy realizatorów Programu, tj. podmiotów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026.

**Źródło pozyskania danych osobowych**

Bezpośrednio, na podstawie art. 13 RODO, od podmiotów danych, czyli pracowników realizatorów Programu, tj. podmiotów, które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026.

Pośrednio, na podstawie art. 14 RODO, od realizatorów Programu, tj. podmiotów które wystąpiły o realizację lub realizują przyjęty przez Ministra Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych z realizacją, sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 7 ust. 5 i art. 16 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848 z późn. zm.), art. 60-67 i art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.) i ww. Program;
- art. 6 ust. 1 lit. e RODO - tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes administratora polegający na dochodzeniu ewentualnych roszczeń.

#### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla Generатора Funduszu Solidarnościowego, tj. narzędzia informatycznego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mriips.gov.pl>, w którym są przetwarzane Pani/Pana dane.

#### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji lub ewentualnych roszczeń.

#### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; • prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego; - w zakresie przewidzianym przez przepisy prawa.

#### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

#### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026.

**PODPIS:**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 - RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018". o ochronie danych osobowych - informujemy, iż:

**Administratorem danych osobowych:** dzieci/podopiecznych, rodziców i/lub opiekunów prawnych, terapeutów, członków, pracowników/współpracowników Stowarzyszenia, przedsiębiorców i instytucji współpracujących (wspierających) z placówką jest **Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”** — reprezentowane przez jego Prezesa (dalej jako Stowarzyszenie/SPOA). Kontakt z administratorem jest możliwy pod adresem: ul. Sienkiewicza 10, 65-443 Zielona Góra, telefon kom. biuro: 502 030 516, adres e-mail: [biuro@daleimzem.pl](mailto:biuro@daleimzem.pl)

1. Przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych nadzoruje wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym można skontaktować się poprzez adres e-mail: [iod@daleirazem.pl](mailto:iod@daleirazem.pl) lub bezpośrednio w siedzibie administratora.

2. **Dane osobowe Państwa i Państwa dziecka/podopiecznego będą przetwarzane w celach ustawowych i**

**statutowych działań Stowarzyszenia** (wszechstronna pomoc osobom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, ich

rodzinom w sprawach diagnozy, edukacji, rehabilitacji, poprawy zdrowia oraz aktywizacji zawodowej i

społecznej), w tym wypełnienia obowiązku prowadzenia dokumentacji przebiegu pomocy terapeutycznej, rehabilitacyjnej i wsparcia psychicznego oraz współpracy z naszymi pracownikami, współpracownikami, wolontariuszami, kontrahentami i instytucjami wspierającymi/darczyńcami. Dane przetwarzane są również w celu promowania działalności naszego Stowarzyszenia.

3. **Państwa dane osobowe przetwarzane są zwłaszcza na podstawie:**

- ustawy z dnia 7 kwietnia 1989r. Prawo o stowarzyszeniach
- ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w zgodzie z:

• **art. 6 ust. 1 lit. c)** „przetwarzanie jest niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze”,

- **art. 6 ust. 1 lit. a)** „osoba, której dane dotyczą, wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych ...”,
- **art. 6 ust. 1 lit. b)** „przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do pojęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy”

• **art. 6 ust. 1 lit. D** „przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora...” oraz na podstawie **art. 9 ust. 2 lit. b (przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych — dane o zdrowiu)** ogólnego rozporządzenia RODO.

4. Zakres pozyskiwanych i przetwarzanych danych obejmuje głównie dane identyfikacyjne, dane wrażliwe dotyczące zdrowia psychicznego i fizycznego naszych podopiecznych oraz dane kontaktowe niezbędne do przyjęcia i objęcia ich opieką w SPOA oraz kontaktu z rodzicem/opiekunem prawnym. Przetwarzamy również niezbędne dane osobowe naszych członków, pracowników/współpracowników i wolontariuszy oraz kontrahentów i podmiotów wspierających/darczyńców oraz dane osobowe w postaci wizerunków naszych

pracowników/współpracowników i podopiecznych związanych z ich aktywnością prowadzoną przez SPOA (np. zdjęcia z wydarzeń organizowanych przez nasze Stowarzyszenie).

5. Placówka udostępni dane osobowe, jeśli będzie się to wiązało z realizacją uprawnienia bądź obowiązku wynikającego z przepisu prawa. Stowarzyszenie może też powierzać przetwarzanie danych osobowych określonej grupie podmiotów świadczących usługi wspomagające w np. zakresie infrastruktury technicznej i komunikacji.
6. Dane osobowe przechowywane są przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w punkcie 2, w tym zwłaszcza przez okres uczęszczania dziecka/podopiecznego do Stowarzyszenia oraz podstawy prawnej na jakiej odbywa się ich przetwarzanie.
7. Stowarzyszenie respektuje prawa osoby, której dane dotyczą, w szczególności prawa dostępu do danych, sprostowania danych, bycia zapomnianym, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do sprzeciwu, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00193 Warszawa) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe 'A' sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
9. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą lub opiekuna prawnego podopiecznego, podanie danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
10. Dane osobowe nie są przetwarzane przez administratora w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie są poddawane profilowaniu.
11. Dane osobowe nie są przekazywane do międzynarodowych organizacji i państw trzecich.

**PODPIS:**

## ZGODA NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

### 1

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku, wizerunku mojego dziecka/podopiecznego

.....  
Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego

przez Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Zielonej Górze, w związku z udziałem w:

- o Wydarzeniach i spotkaniach o charakterze stałym i okolicznościowym,
- o Wycieczkach i wyjazdach organizowanych przez Stowarzyszenie,
- o Konkursach, prezentacjach i imprezach okolicznościowych,
- o Umieszczenia w kronice SPOA „Dalej Razem/szkolnej/przedszkolnej - tablicy ogłoszeń, itp.

### 2

Wyrażam na rzecz Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Zielonej Górze - zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego/mojego dziecka, utwaloną jakąkolwiek techniką (foto, video), w tym na obrót egzemplarzami, na których utwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie, elektroniczne przetwarzanie, uzupełnianie komentarzem, kadrowanie i kompozycję wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utwalonymi w ramach realizacji zadań edukacyjnych, terapeutycznych, opiekuńczych, integracyjnych i informacyjnych, działań projektowych, materiałach służących promocji i popularyzacji ww. działań prowadzonych przez SPOA poprzez rozpowszechnianie wizerunku w:

- a) mediach elektronicznych (FACEBOOK!, YOU TUBE, ISSU), w szczególności na stronie internetowej SPOA;
- b) publikatorach i wydawnictwach, materiałach promocyjnych i informacyjnych;
- c) broszurach, ulotkach, gazetkach, itp.;

- na czas zrealizowania celu, do którego dane wizerunku utwalono lub do momentu wycofania zgody.

### 3

Oświadczam/y, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczych dóbr osobistych ani innych praw.

### 4

Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” w Zielonej Górze może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w przedmiotowej Zgodzie, w celu promocji działań edukacyjnych, terapeutycznych, opiekuńczych, integracyjnych i informacyjnych.

### 5

Oświadczam, że niniejsze zezwolenie udzielam nieodpłatnie.

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego)

Podstawa prawna:

---

I Nie przekazujemy danych osobowych poza teren Polski, Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarnego z zastrzeżeniem, że przepływ danych w ramach serwisu FACEBOOK ma ponadnarodowy charakter. Oznacza to, że dane w wizerunku Państwa dziecka będą transferowane do serwisu należącego do międzynarodowej organizacji, Facebooki. Informujemy również, że serwery serwisu Facebook znajdują się w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie obowiązują inne przepisy z zakresu chroni danych osobowych, które w szczególności mogą nie zapewniać dostatecznego poziomu ochrony. Pani/a dane zostaną przetransferowane przez serwis Facebook na jego serwery w celu stworzenia kopii zapasowej «aż w celach związanych z działalnością serwisu.

1. Rozporządzenie 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), w tym art. 56,7 i 8 pkt 1,2,3 ogólnego rozporządzenia RODO.
2. Ustawa O prawie autorskim i prawach pokrewnych z 4 lutego 1994 r. - art. 81 ust. 1.
3. Ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.
4. Kodeks Cywilny z dnia 23 kwietnia 1964r. (Dz. U. 1964, art. 23).

## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art 13 oraz art 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 - RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych:

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” reprezentowane przez jego Prezesa (dalej jako Stowarzyszenie/SPOA). Kontakt z administratorem jest możliwy pod adresem: ul. Sienkiewicza 10, 65-443 Zielona Góra, telefon kom. biuro: 502 030 516, adres e-mail: [biuro@daleirazem.pl](mailto:biuro@daleirazem.pl)

Przestrzeganie zasad ochrony danych nadzoruje wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym można skontaktować się poprzez adres e-mail: [iod@daleirazem.pl](mailto:iod@daleirazem.pl), korespondencyjnie lub bezpośrednio w siedzibie administratora.

Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Państwa dziecka/podopiecznego dot. wizerunku będą przetwarzane w celach związanych z realizacją ustawowych zadań Stowarzyszenia „Dalej Razem” polegających na zaspokajaniu potrzeb oświatowych, kulturalnych i informacyjnych ogółu społeczeństwa oraz upowszechnianiu wiedzy w oparciu o przepisy prawa, w zgodzie z ogólnym rozporządzeniem RODO (art. 6 ust. 1 lit. a<sup>1</sup>) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.

Odbiorcami danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa, upoważnieni pracownicy/współpracownicy Administratora, dostawcy usług technicznych i organizacyjnych, oraz podmioty, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych;

Podanie danych jest dobrowolne.

**Dane dotyczące wizerunku Pani/Pana dziecka przechowywane będą do momentu realizacji celu, do którego zostały zgromadzone lub do odwołania zgody;**

Przetwarzane dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.

Pani/Pan posiadają prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem:

Pani/Panu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa - w przypadku, gdy przy przetwarzaniu danych osobowych Administrator narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych;

---

<sup>1</sup> art. 6 ust. lit. a RODO: „osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów”.

# STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM „DALEJ RAZEM”

## KLAUZULA INFORMACYJNA MONITORING WIZYJNY

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r. (dalej jako: RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018r, o ochronie danych osobowych i Kodeksu pracy z dnia 26 czerwca 1974z informuję, że:

**1. Administratorem Pana /Pani danych osobowych jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” reprezentowane przez jego Prezesa (dalej jako Stowarzyszenie/SPOA). Kontakt z administratorem jest możliwy pod adresem: ul. Sienkiewicza 10 65-443 Zielona Góra telefon kom. biuro: 502 030 516. adres e-mail: [biuro@dalejrazem.pl](mailto:biuro@dalejrazem.pl)**

2 W Stowarzyszeniu został wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem e-mail: [biuro@dalejrazem.pl](mailto:biuro@dalejrazem.pl) lub bezpośrednio w siedzibie administratora.

3. Monitoring wizyjny obejmuje teren zewnętrzny wokół budynku Stowarzyszenia oraz obszary wewnątrz budynku SPOA.

4. Dane osobowe rejestrowane poprzez kamery monitoringu wizyjnego zapisywane są na rejestratorze danych i są dostępne przez okres do 14 dni. Po tym terminie dane zostają automatycznie nadpisywane. Rejestracji i zapisowi danych na nośniku podlega tylko obraz (bez dźwięku).

5. Osoba odpowiedzialna rejestrację obrazu zabezpiecza zdarzenia zarejestrowane przez monitoring wizyjny, które zagrażają bezpieczeństwu, życiu i zdrowiu osób monitorowanych, niszczeniu i kradzieży mienia dla celów dowodowych:

- a) na wniosek osób trzecich;
- b) na wniosek prawnie umocowanych organów prowadzących postępowania;
- c) za zgodą Prezesa Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”.

6. Każdorazowe zabezpieczenie zdarzeń zarejestrowanych przez monitoring wizyjny odbywa się na pisemny wniosek złożony do Prezesa SPOA. Zabezpieczone dane z monitoringu wizyjnego są udostępniane organom prowadzącym postępowanie w sprawie zarejestrowanego zdarzenia np. policji, prokuraturze, sądom, które działają na podstawie odrębnych przepisów prawa oraz w uzasadnionych przypadkach, przy zachowaniu zasad ochrony danych osobowych, na wniosek osób/podmiotów trzecich.

7. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą, w celu zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz ochrony osób i mienia na podstawie art.22<sup>2</sup> S 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy'

• w zgodzie z art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - „przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem ”,

8. Pana. 'Pani dane osobowe nie będą przekazane do państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, który tworzą państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Lichtenstein.

9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.

10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2 - w przypadku, gdy przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Szczegółowe informacje dotyczące celu, sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych w ramach monitoringu wizyjnego obejmującego teren Stowarzyszenia. można uzyskać w siedzibie administratora danych osobowych oraz pod adresem e-mail inspektora Ochrony danych- [iod@dalejrazem.pl](mailto:iod@dalejrazem.pl)

1. Jeżeli jest to do zapewnienia bezpieczeństwa pracowników lub ochrony mienia lub kontroli produkcji lub w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę ,pracodawca może wprowadzić szczególny nadzór nad terenem układu pracy lub terenem wokół nakładu pracy w postaci środków rejestrację obrazu (monitoringu).

OŚWIADCZENIE O ZNAJOMOŚCI I PRZESTRZEGANIU ZASAD ZAWARTYCH W  
STANDARDACH OCHRONY MAŁOLETNIH W SPO,4 „DALEJ RAZEM”

**OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI I ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA  
PODSTAWOWYCH ZASAD OCHRONY MAŁOLETNIH**

.....  
miejsowość, data

Ja,.....nr PESEL.....  
oświadczam, że nie byłam/em skazana/y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej  
i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy  
się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.  
Ponadto oświadczam, że zapoznałam/-em się z zasadami ochrony małoletnich  
obowiązującymi w Stowarzyszeniu Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”  
i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
Podpis

**OŚWIADCZENIE O ZNAJOMOŚCI I PRZESTRZEGANIU ZASAD ZAWARTYCH W  
STANDARDACH OCHRONY MAŁOLETNIICH W SPOA „DALEJ RAZEM”**

.....  
miejsowość, data

Ja,.....nr PESEL.....  
oświadczam, że zapoznałam/em się ze Standardami Ochrony Małoletnich stosowanymi w  
Stowarzyszeniu Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” oraz deklaruję, że będę ich  
przestrzegać.

.....  
Podpis