

**Karta monitoringu świadczonych usług
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres:

Dane osoby świadczącej usługi:

Imię i nazwisko:

Dane osoby przeprowadzającej monitoring:

Imię i nazwisko:

Data wizyty pracownika MCW:

Właściwe zaznaczyć:

1.	Sposób poruszania się osoby z niepełnosprawnością w miejscu zamieszkania	Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą przedmiotów ortopedycznych <input type="checkbox"/>	Z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>	Samodzielnie <input type="checkbox"/>
2.	Sposób poruszania się osoby z niepełnosprawnością poza miejscem zamieszkania	Nie porusza się samodzielnie ani z pomocą przedmiotów ortopedycznych <input type="checkbox"/>	Z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>	Samodzielnie <input type="checkbox"/>
3.	Czy osoba z niepełnosprawnością potrzebuje czyjegoś wsparcia do poruszania się poza miejscem zamieszkania?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	

4.	Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą samotnie gospodarującą ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5.	Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6.	Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka ¹ ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7.	Czy osoba z niepełnosprawnością jest osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce ² , gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
8.	Czy osoba z niepełnosprawnością ma możliwość wsparcia bliskich?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form wsparcia, np.: usługi sąsiedzkie, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, osoba prywatnie opłacana, domy dziennego pobytu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10.	Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta z innych form wsparcia finansowanych z Funduszu Solidarnościowego?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

11. Proszę ocenić ogólny stopień zadowolenia z wykonanej usługi.

- Bardzo dobry Średni Bardzo zły
 Dobry Zły Trudno powiedzieć

12. Czy asystent był obecny podczas monitoringu?

- Tak Nie

13. Czy ma Pan/i uwagi do pracy asystenta?

Tak

Nie

14. Jeżeli tak to jakie?

.....
.....

15. Co chciał/aby Pan/i zmienić lub poprawić we współpracy asystentem?

.....
.....

16. Wnioski, uwagi i spostrzeżenia:

.....
.....

.....

Podpis uczestnika Programu

.....

Podpis osoby przeprowadzającej monitoring