****

*Załącznik Nr 1*

*do Zarządzenia nr 5/2023 z dn. 3 marca 2023r. Dyrektora MCW w Szczecinku*

**Regulamin**

**realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej — edycja 2023**

**przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku**

**Postanowienia ogólne**

**§1**

1. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku, realizowanej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej"- edycja 2023 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej Funduszem.
2. Zakres podmiotowy i przedmiotowy usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej określony jest w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.
3. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:

l) MCW — Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku,

* 1. Program — Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023,
  2. asystent / AOON - asystent osobisty osoby niepełnosprawnej,
  3. uczestnik Programu - odbiorca usług asystenta określony w Programie,
  4. koordynator — pracownik Działu Usług w miejscu zamieszkania wyznaczony przez Dyrektora MCW do obsługi Programu.

**Adresaci programu**

**§2**

1. Uczestnikami Programu mogą być:

l) dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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 oraz

2) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

* 1. o stopniu znacznym lub
  2. o stopniu umiarkowanym albo
  3. traktowane na równi co wymienionych w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

które wymagają usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

**Zakres usług asystenckich**

**§3**

1. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na **pomocy/wsparciu asystenta** w
2. wykonywaniu przez uczestnika czynności dnia codziennego
3. wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca
4. załatwianiu przez uczestnika spraw urzędowych,
5. korzystaniu przez uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa) 
6. zaprowadzaniu i odebraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej.
7. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.
8. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy, wsparcia w realizacji osobistych celów.
9. Asystent nie sprząta, nie gotuje i nie wykonuje czynności pielęgnacyjnych.
10. Usługi asystenta nie są świadczone w miejscach, w których usługi powinny być świadczone na podstawie odrębnych przepisów lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę (tj. w szczególności w domach pomocy społecznej, ZOL, zakładach opieki zdrowotnej, np.: szpital.
11. Asystent podczas realizacji usługi nie wykonuje czynności medycznych (np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, zmiana pozycji złożeniowej, toaleta przeciwodleżynowa), nie aplikuje leków.
12. Potrzeby w zakresie usługi asystenta realizowanej w ramach Programu uczestnik Programu określa w Załączniku Nr 7 do Programu - *Karta zgłoszenia do Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” - edycja 2023*.

**Realizacja usług asystenckich**

**§4**

1. Roczny limit godzin usług asystenta dla Uczestnika Programu wynosi nie więcej niż:

a) 720 godziny dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

b) 360 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dla dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem   
o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami : 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.

**§5**

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika:
2. posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
3. posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub
4. wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.
5. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
6. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje MCW.

**§6**

1. Asystent realizując usługi kieruje się zasadami:
2. l) zasadą akceptacji — opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika Programu;
3. 2) zasadą indywidualizacji podmiotowego podejścia do uczestnika Programu, jej/jego niepowtarzalnej osobowości, z jej/ jego prawami i potrzebami;
4. 3) zasadą poufności respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika Programu bez jej/jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);
5. 4) zasadą prawa do samostanowienia prawo uczestnika Programu do wolności   
   i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia).
6. Usługi AOON w ramach Programu realizowane będą do 15 grudnia 2023 r.
7. Udział w Programie jest bezpłatny.
8. Ilość godzin usługi ustalana jest indywidualnie, zgodnie z potrzebami uczestnika Programu oraz możliwościami organizacyjnymi MCW.

**Zgłaszanie do Programu**

**§7**

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu należy wypełnić *Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej- edycja 2023*, której wzór stanowi Załącznik Nr 7 do Programu.
2. Dokumentem niezbędnym do zakwalifikowania się do usługi jest **aktualne orzeczenie**   
   o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie   
   o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

oraz

1. oświadczenie o zapoznaniu z niniejszym regulaminem oraz Programem (Załącznik nr 1 do Regulaminu),
2. klauzulę informacyjną MCW (Załącznik nr 2 do Regulaminu),
3. zgodę na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik nr 3 do Regulaminu),
4. klauzula informacyjna Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2023 - Załącznik Nr 12 do Programu.
5. Za zgodą osoby niepełnosprawnej zgłoszenia są przyjmowane także za pośrednictwem innych podmiotów (np.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe)
6. Zgłoszenia przyjmowane w dni robocze, w godz. od 800 do 1500 **w terminie do 30 marca 2023 r.**
7. Zgłoszenia do Programu rozpatrywane będą indywidualnie pod kątem stopnia niepełnosprawności, samodzielności osoby, możliwości pomocy ze strony rodziny/instytucji oraz konieczności zapewnienia wsparcia asystenta i osiągnięcia celu Programu.
8. MCW zapewni pierwszeństwo udziału dla osób wymagających wysokiego poziomu wsparcia (tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne   
   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), w tym osobom z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją.
9. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń.
10. Uczestnik Programu oraz asystent osobisty osoby niepełnosprawnej jest zapoznawany   
    z Programem "Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”- edycja 2023 i Regulaminem realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w trakcie zgłoszenia chęci uczestnictwa w programie, nie później jednak niż w dniu pierwszego kontaktu z asystentem. Fakt ten uczestnik Programu lub jego opiekun prawny potwierdza własnoręcznym podpisem pod oświadczeniem stanowiącym Załącznik Nr 1 do Regulaminu.
11. Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny zobowiązani są aktualizować Kartę zgłoszenia, w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.
12. Zgłoszenia nowych potrzeb w zakresie usług asystenta mogą być przyjmowane drogą pisemną, osobiście, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej. Każdorazowo zweryfikowane potrzeby winny zostać uzupełnione w Załączniku Nr 7 do Programu.

**Sposób realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**§8**

1. Usługa asystenta ma na celu kompensację ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością uczestnika Programu, stymulowanie do podejmowania aktywności życiowej oraz uspołecznianie osoby niepełnosprawnej.
2. Usługi asystenckie realizowane są na zasadzie współdziałania osoby niepełnosprawnej i asystenta, przy czym asystent ma obowiązek uwzględniania decydującego wpływu uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego
3. Usługi asystenta realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy asystentem i uczestnikiem Programu na podstawie potrzeb określonych w *Karcie zgłoszenia* do Programu (Załącznik Nr 7 do Programu).
4. W uzasadnionych sytuacjach możliwa jest zmiana czasu i zakresu realizacji usług, jednak wymaga to poinformowania stron biorących udział w Programie co najmniej 2 dni przed terminem realizacji usługi.
5. Asystent może towarzyszyć uczestnikowi Programu w dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsce w celu realizacji usług określonych w Programie, na terenie Miasta Szczecinek**, korzystając:**
   1. ze środków komunikacji publicznej,
   2. innym środkiem transportu po wcześniejszym ustaleniu takiej możliwości   
      z koordynatorem.
6. Dojazd asystenta środkami komunikacji publicznej pokrywane są   
   z Programu. Rozliczenie usługi o której mowa w ust, 5 następuje odpowiednio do wykorzystanych środków lokomocji:
   1. ewidencją biletów komunikacji publicznej lub prywatnej - rozliczenie następuje na podstawie Załącznika Nr 10a do Programu — Ewidencja biletów komunikacji
   2. dowodem poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, faktura dokumentująca przejazd oraz dane asystenta, datę i cel podróży.
7. Miesięczne rozliczenie wykonania usług asystenckich następuje przez złożenie podpisu przez uczestnika Programu lub opiekuna prawnego i asystenta, na *Karcie realizacji asystencji osobistej* która stanowi Załącznik Nr 9 do Programu.

**Pozostałe zasady realizacji usług asystenckich**

**§9**

* 1. Odmowa zrealizowania usług asystenta lub przerwanie ich realizacji może nastąpić   
     w szczególności z powodu wystąpienia co najmniej jednej z niżej wymienionych okoliczności:

1. w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość zagrożenia życiu lub zdrowiu uczestnikowi Programu, asystentowi, osobom trzecim, wyrządzenia szkody lub łamania przepisów prawa,
2. agresywne zachowanie lub oczekiwania uczestnika Programu nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu,
3. w przypadku braku możliwości zrealizowania zgłoszenia ze względu na założony we wniosku do Programu limit uczestników mogących wziąć udział w Programie,
4. brak osób posiadających kwalifikacje, określone w Programie, do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,
5. pomoc i potrzeby uczestnika Programu zostają zabezpieczone przez inne służby.
6. W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując niezwłocznie koordynatora.
7. Rezygnacja uczestnika Programu może nastąpić w trakcie jego trwania. Uczestnik rezygnujący z uczestnictwa w Programie jest zobowiązany do złożenia pisemnej rezygnacji
8. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno asystent jak   
   i uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora Programu.

**§10**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi asystenta podlegają kontroli i są monitorowane przez koordynatora Programu. Monitoring realizowany jest przez koordynatora Programu bezpośrednio w miejscu realizacji usługi.
2. Korzystanie z usług asystenckich oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu lub opiekuna prawnego na udzielanie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
3. Uczestnik Programu lub opiekun prawny ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Programu.

**§11**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent Osobisty osoby niepełnosprawnej” — edycja 2023.

Wykaz załączników do Regulaminu

1. Załącznik nr 1 do Regulaminu - Oświadczenie stron o zapoznaniu się z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" — edycja 2023r. i regulaminem realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej — edycja 2023 przez MCW   
   w Szczecinku;
2. Załącznik nr 2 do Regulaminu - Klauzula informacyjna MCW
3. Załącznik nr 3 do Regulaminu - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
4. Załącznik Nr 7 do Programu– do Programu „*Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty Osoby niepełnosprawnej' - edycja 2023”*
5. Załącznik Nr 9 do Programu- *Karta realizacji asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023;*
6. Załącznik Nr 12 do Programu - Klauzula informacyjna Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2023;
7. Załącznik nr 10a do Programu — Ewidencja biletów komunikacyjnych;



Załącznik Nr 2 do Regulaminu

realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej — edycja 2023

przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

**Klauzula Informacyjna**

W związku z realizacją wymogów 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.) (RODO), administrator informuje o zasadach oraz o przysługujących Państwu prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejskie Centrum Wsparcia z siedzibą w Szczecinku ( 78-400) przy ul. Połczyńskiej 2 A, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: [sekretariat@mcw.szczecinek.pl](mailto:sekretariat@mcw.szczecinek.pl).

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: [mcw.rodo@gmail.com](mailto:mcw.rodo@gmail.com) lub listownie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3. Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane jeżeli jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze ( 6 ust. 1 lit c RODO) na podstawie wyrażonej zgody.

4. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia danej sprawy, a następnie w okresie przewidzianym dla archiwizacji dokumentów zgodnie   
z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2019 r. poz. 553 ze zm.).

5. Przysługuje Państwu prawo: dostępu do treści swoich danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, sprostowania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu, usunięcia danych osobowych po upływie wskazanych okresów lub ograniczenia ich przetwarzania.

6. Przysługuje Państwu także prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie, jeżeli Państwa dane są przetwarzane na podstawie zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność   
z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem.

7. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych następuje z naruszeniem przepisów prawa przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

8. Decyzje nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany, a dane osobowe nie podlegają profilowaniu.

Administrator

Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Małgorzata Jabłońska

…………………………………

( data i czytelny podpis)

Załącznik Nr 3 do Regulaminu

realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej — edycja 2023

przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentach, pn. „*Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty Osoby niepełnosprawnej- edycja 2023”* oraz Orzeczenie o niepełnosprawności, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) **przez Miejskie Centrum Wsparcia z siedzibą w Szczecinku ( 78- 400), ul. Połczyńska 2 A** i przyjmuję do wiadomości, że celem przetwarzania ww. danych jest realizacja działań MCW- program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.

Oświadczam również, że podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w dowolnym czasie. Jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub jej cofnięcie skutkują brakiem możliwości udziału w programie.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

………………………………………………..

miejscowość, data i czytelny podpis

Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..…………………………..

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

4. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………….

5. Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

7. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..………………………………………….

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………

11. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **W domu** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych | |
| **Poza miejscem zamieszkania** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak/Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak/Nie**

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
3. wypełnianie ról społecznych **Tak/Nie**
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak/Nie**

…………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………..

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

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

1. Płeć: …………………………. 2. Wiek: ……………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………….

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

1. w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
   2. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie  osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej  o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ;
   3. myciu okien;
   4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
   5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
   6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
   7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
2. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
   1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
   2. czesaniu ;
   3. goleniu;
   4. obcinaniu paznokci rąk i nóg;
   5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
   6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
   7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
   8. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer;
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
   6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru;
   7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).

7. 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 form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

− edycja 2023

*WZÓR*

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: ....................................................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ………………….…… do ……….……………….………..

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….…………… 2023 r. wyniosła ……………..…. godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ….……………….. zł ‒ 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Załącznik nr 12 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby

niepełnosprawnej” – edycja 2023

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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 i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny 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@mrips.gov.pl](mailto:iodo@mrips.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:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

**Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra).Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

**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) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

**Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

**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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Załącznik nr 10A do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta** | **Data**  **pobrania biletów** | **Liczba pobranych biletów** | **Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną** | **Cel wyjazdu** | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta