



**Regulamin
realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego — edycja 2024
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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej Funduszem.
2. Zakres podmiotowy i przedmiotowy usługi asystenckiej osoby niepełnosprawnej określony jest w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
3. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
 - 1) MCW — Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku,
 - 2) Program — Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024,
 - 3) asystent / AOOzN - asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością,
 - 4) uczestnik Programu - odbiorca usług asystenckiej określony w Programie,
 - 5) koordynator - pracownik Działu Usług w miejscu zamieszkania wyznaczony przez Dyrektora MCW do obsługi Programu.

Adresaci programu

§2

1. Uczestnikami Programu mogą być:
 - 1) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - c) 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:
 - a) wykonywaniu przez uczestnika czynności dnia codziennego

- b) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca
 - c) załatwianiu przez uczestnika spraw urzędowych,
 - d) korzystaniu przez uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa)
 - e) zaprowadzaniu i odebraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej.
2. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.
 3. 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).
 4. Asystent nie sprząta, nie gotuje i nie wykonuje czynności pielęgnacyjnych.
 5. Asystent podczas realizacji usługi nie wykonuje czynności medycznych (np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, zmiana pozycji złożeniowej, toaleta przeciwoleżynowa), nie aplikuje leków.
 6. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy, wsparcia w realizacji osobistych celów.
 7. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.*

Realizacja usług asystenckich

§4

1. Roczny limit godzin usług asystenta dla Uczestnika Programu wynosi nie więcej niż:
 - a) 840 godzin dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) 720 godziny dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - c) 480 godzin dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - d) 360 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dla dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt. 6 i 7 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. Ilość godzin usługi ustalana jest indywidualnie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika Programu oraz możliwościami organizacyjnymi MCW.

§5

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika:
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta; lub
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie

zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub

- 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego w *Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.*
2. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt. 1, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami (podmiotem tym może być również osoba fizyczna, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością).
3. 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.
4. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:
 - 1) zaświadczenie o niekaralności;
 - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
 - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

§6

1. Asystent realizując usługi kieruje się zasadami:
 - 1) zasadą akceptacji — opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika Programu;
 - 2) zasadą indywidualizacji podmiotowego podejścia do uczestnika Programu, jej/jego niepowtarzalnej osobowości, z jej/ jego prawami i potrzebami;
 - 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);
 - 4) zasadą prawa do samostanowienia prawo uczestnika Programu do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia).
2. Usługi AOOzN w ramach Programu realizowane będą do **15 grudnia 2024r.**
3. Udział w Programie jest bezpłatny.

Zgłaszanie do Programu

§7

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu należy wypełnić *Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*, 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 wskazaniem w pkt. 7 i 8 - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną

możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania 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) klauzula informacyjna MCW (Załącznik nr 2 do Regulaminu),
 - 3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik nr 3 do Regulaminu),
 - 4) klauzula informacyjna Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST edycja 2024 - Załącznik nr 15 do Programu.
4. Za zgodą osoby niepełnosprawnej zgłoszenia są przyjmowane także za pośrednictwem innych podmiotów (np.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe)
5. Zgłoszenia przyjmowane będą w dni robocze, w godz. od 9⁰⁰ do 15⁰⁰ **w terminie do 15 stycznia 2024r.** w siedzibie Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku, ul. Połczyńska 2a.
6. 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.
7. Miejskie Centrum Wsparcia, w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:
- a) osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) osób posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo traktowane na równi z w/w orzeczeniami, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 - c) osób z niepełnosprawnościami samotnie gospodarującymi, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
8. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń.
9. Uczestnik Programu oraz asystent osobisty osoby niepełnosprawnej jest zapoznawany z Programem "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 i Regulaminem realizacji usługi asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością 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.

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 asystencji 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 asystencji 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. Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny zobowiązani są aktualizować *Kartę zgłoszenia*, w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.

5. 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*.
6. 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.
7. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023r. poz.901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Asystent może towarzyszyć uczestnikowi Programu w dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsce w celu realizacji usług określonych w Programie, na terenie Miasta Szczecinek, **korzystając:**
 - a) ze środków komunikacji publicznej,
 - b) innego środka transportu po wcześniejszym ustaleniu takiej możliwości z koordynatorem Programu.
9. 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 asystencji lub przerwanie ich realizacji może nastąpić w szczególności z powodu wystąpienia co najmniej jednej z niżej wymienionych okoliczności:
 - a) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość zagrożenia życiu lub zdrowiu uczestnikowi Programu, asystentowi, osobom trzecim, wyrządzenia szkody lub łamania przepisów prawa,
 - b) agresywne zachowanie lub oczekiwania uczestnika Programu nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu,
 - c) w przypadku braku możliwości zrealizowania zgłoszenia ze względu na założony we wniosku do Programu limit uczestników mogących wziąć udział w Programie,
 - d) pomoc i potrzeby uczestnika Programu zostają zabezpieczone przez inne służby.
2. W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując niezwłocznie koordynatora.
3. Rezygnacja uczestnika Programu może nastąpić w trakcie jego trwania. Uczestnik rezygnujący z uczestnictwa w Programie jest zobowiązany do złożenia pisemnej rezygnacji
4. 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 asystenckie podlegają kontroli i są monitorowane przez pracownika MCW. Monitoring realizowany jest 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024.

Wykaz załączników do Regulaminu

- 1) Załącznik nr 1 do Regulaminu - Oświadczenie stron o zapoznaniu się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2024r. i Regulaminem realizacji usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością — edycja 2024 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024”
- 5) Załącznik Nr 9 do Programu - Karta realizacji asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024;
- 6) Załącznik Nr 15 do Programu - Klauzula informacyjna Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2023;
- 7) Załącznik nr 11 do Programu — Ewidencja biletów komunikacyjnych;

Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. zapoznałem się z treścią Programu oraz Regulaminem realizacji usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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.

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: mcw.rodod@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, po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres wskazany w przepisach prawa i wewnętrznych regulacjach dotyczących archiwizowania danych w Miejskim Centrum Wsparcia w Szczecinku.

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
Małgorzata Jabłońska

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej

.....
(data i czytelny podpis)

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024 oraz orzeczeniu 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 jest realizacja Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

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.

.....

miejsowość, data i czytelny podpis

Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
.....

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

3. Telefon kontaktowy:
.....

4. Data urodzenia:
.....

5. Status na rynku pracy:
.....

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**

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

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:
.....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; 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 ,

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

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**

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. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem 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. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** / **Nie**

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

.....
.....

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) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** .

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** .

c) czesanie **Tak** / **Nie** .

- d) golenie **Tak** / **Nie** ;
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie** ;
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** ;
 - g) 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** ;
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie** ;
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie** ;
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie** ;
 - k) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie** .
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie** ;
 - b) dokonywanie bieżących zakupów (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 – 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** .

- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **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 form 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 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. limitu wykorzystanych godzin:

- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach 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 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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@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:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

WZÓR

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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 zrealizowanyc h	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2024 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 z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Załącznik nr 11 do
Programu
Ministra Rodziny i Polityki
Społecznej
„Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja
2024

WZÓR

.....
.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc 2024 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
Data i podpis asystenta

