



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

*Załącznik Nr 1
do Zarządzenia nr 22/2024 z dnia 20.12.2024 r. Dyrektora MCW w Szczecinku*

**Regulamin
realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego — edycja 2025
przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku**

Postanowienia ogólne

§1

1. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku, realizowanej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 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 2025.
3. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
 - 1) MCW — Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku,
 - 2) Program — Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025,
 - 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 od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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:
 - 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 1997 r. 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 na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych strefach życia, w tym:
 - a) wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej,
 - b) wsparcie uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych w rodzinie,
 - c) wsparcie uczestnika w przemieszaniu się poza miejscem zamieszkania,
 - d) wsparcie uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
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 wykonuje czynności opiekuńczych.
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 2025.*
8. Zakres czynności w ramach usługi asystencji osobistej określany jest indywidualnie dla każdego uczestnika w oparciu o Załącznik nr 8 - *Karta zakresu czynności do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.*

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 stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - d) 360 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dla dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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 współdziałania 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 w Szczecinku.

§ 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, siostra PCK, fizjoterapeuta lub za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym 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 przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w *Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.*
2. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, 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.

§ 6

1. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością realizując usługi asystencji osobistej 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 2025 r.**
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 2025*, 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 od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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 Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialne – edycja 2024 (Załącznik nr 1 do Regulaminu),
 - 2) klauzula informacyjna MCW w Szczecinku (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 2025 (Załącznik nr 15 do Programu),
 - 5) oświadczenie o wskazaniu i akceptacji osoby asystenta w przypadku, gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich (Załącznik nr 4 do Regulaminu).
4. Za zgodą osoby niepełnosprawnej zgłoszenia są przyjmowane także za pośrednictwem innych podmiotów (np.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe).
5. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń.
6. Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku, w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:
- a) osób z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich,
 - b) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich,
 - c) osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - d) osób posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - e) dzieci od ukończenia 2. roku życia 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - f) osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
6. Uczestnik Programu oraz asystent osobisty osoby niepełnosprawnością jest zapoznawany z Programem "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 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.
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.

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 zakresu czynności* (Załącznik Nr 8 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, 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 asystencji osobistej podlegają kontroli i są monitorowane przez pracownika MCW w Szczecinku. Monitoring realizowany jest bezpośrednio w miejscu realizacji usługi.
2. Korzystanie z usług asystencji osobistej 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 osobiście przy ul. Wiejskiej 4 w Szczecinku lub telefonicznie pod numerem telefonu 798-724-846.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

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 2025 i Regulaminem realizacji usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością — edycja 2025 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 4 do Regulaminu – Oświadczenie o wskazaniu i akceptacji osoby asystenta;
- 5) Załącznik nr 7 do Programu – Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025”;
- 6) Załącznik nr 8 do Programu – Karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 7) Załącznik nr 9 do Programu - Karta realizacji asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
- 8) Załącznik nr 15 do Programu - Klauzula informacyjna Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025;



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 2025 r. zapoznałem
się z treścią Programu oraz Regulaminem realizacji usługi Asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 r. przez
Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik Nr 2 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

**KLAUZULA INFORMACYJNA
w zakresie przetwarzania danych
(korzystający z usług)**

Zgodnie z art. 13 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/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Miejskie Centrum Wsparcia ul. Połczyńska 2A , 78-400 Szczecinek a administrujący danymi – Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: 78-400 Szczecinek, ul. Połczyńska 2 A, e-mailowo: sekretariat@mcw.szczecinek.pl, telefonicznie: 94 37 453 24.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony danych Osobowych: Wszelkie pytania i zgłoszenia wynikające z realizacji praw i wolności wymagają formy pisemnej w postaci wersji papierowej złożonej w sekretariacie Miejskiego centrum Wsparcia w Szczecinku przy ul. Połczyńskiej 2 A lub w formie elektronicznej na adres: iod@mcw.szczecinek.pl.
3. Podstawę przetwarzania danych osobowych: Twoje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie art. 6 ust. 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b i c RODO, w celu realizacji usług.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na MCW w Szczecinku;
 - b) realizacji umów zawartych z kontrahentami MCW w Szczecinku;
 - c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MCW w Szczecinku Pani/Pana dane osobowe będą kontynuowały przetwarzanie dla ochrony praw lub roszczeń – zwłaszcza w związku z prawnie uzasadnionym interesem administratora;
6. podmioty przetwarzające dane osobowe w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym);
 - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - e) prawo do przenoszenia danych;
 - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa). Organ ten będzie właściwy

do rozpatrzenia skargi z tym, że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.

10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
13. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej

.....
(data i czytelny podpis korzystającego z usług)

Administrator
Dyrektor Miejskiego Centrum Wsparcia w Szczecinku
Małgorzata Jabłońska



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik Nr 3 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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 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 ww. danych jest realizacja Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.

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 korzystania z usług.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
miejsowość, data i czytelny podpis



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

Załącznik Nr 4 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

Szczecinek, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

Dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025
Oświadczam, że na asystenta wskazuję

.....
(Imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Jednocześnie akceptuję wyżej wskazaną osobę jako asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnością dla mojego dziecka.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego małoletniego.



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej
„Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja
2025

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2025**

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 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 ,
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**
11. Czy porusza się Pan(i):
- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> | 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"/> |
12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** / **Nie**
13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**
15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA¹:

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?

.....
.....

¹ Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupelnienie nie jest konieczne.

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

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) sianie 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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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** .

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/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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 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 Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

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 2025 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 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.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

WZÓR

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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:

5) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- m) ubieranie ;
- n) korzystanie z toalety ;
- o) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ;
- p) czesanie ;
- q) golenie ;
- r) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ;
- s) obcinanie paznokci rąk i nóg ;
- t) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ;
- u) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ;
- v) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ;
- w) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ;
- x) stanie łóżka i zmiana pościeli .

6) 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 z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może

prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

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)

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - 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)

7) 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
- 8) 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

Miejscowość, dnia



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 9 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2025

WZÓR

Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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.						
4.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2025 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, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością. **

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....
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 2025.

.....
Data i podpis asystenta



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 15 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

WZÓR

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 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@mrpips.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 do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: 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 2025: 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 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

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 przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

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 2025, 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, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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 2025.