

**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024
realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach
ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Podstawa prawna Programu:

Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

§1

Informacje ogólne

1. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 na terenie gminy Śliwice jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach – zwany dalej „Realizatorem”, który działa zgodnie z Programem ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024, zwany dalej „Programem”, realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego. Osoba niepełnosprawna zwana dalej „Uczestnikiem Programu” nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
3. Usługi asystencji osobistej – zwane dalej „usługami”, są świadczone na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców gminy Śliwice, a ich celem jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako forma ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
4. Odbiorcami usług asystencji osobistej są:
 - A. 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
 - B. osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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.
5. Usługi świadczone są przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „Asystentem”, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z Realizatorem.
6. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na pomocy asystenta przy:
 - A. wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymywaniu higieny osobistej;
 - B. wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - C. wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - D. wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem;
7. Usługi asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowane wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.

8. Zakres czynności asystenta określony jest w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu, stanowiący załącznik nr 7 do Regulaminu.
9. 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 i inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 10, finansowane ze środków publicznych.
10. Usługi realizowane są na zasadzie współdziałania Uczestnika i Asystenta. Asystent nie wyręcza Uczestnika, a jedynie wspomaga wykonywane przez niego czynności.
11. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
12. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny z niepełnosprawnością.
13. Asystenta i Uczestnika obowiązuje profesjonalna relacja wzajemnego szacunku.

§2

Kto może być Asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej

1. Osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub
2. Osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełno sprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu lub¹
3. Osoby wskazane przez Uczestnika lub przedstawiciela ustawowego, pod warunkiem, że:
 - A. zostaną wskazane w Karcie zgłoszenia do Programu;
 - B. nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej²;
 - C. nie zamieszkują z osobą niepełnosprawną;
4. Osoby zdolne do pracy, które nie mają przeciwwskazań do wykonywania przez nie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością
5. Realizator nie ma obowiązku zatrudnienia w charakterze Asystenta osoby wskazanej w karcie zgłoszenia, w przypadku, gdy:
 - A. posiada własne zasoby umożliwiające świadczenie usług,
 - B. istnieją inne przesłanki, które mogą wpłynąć na jakość wykonywanych usług.

§3

Procedura przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane będą w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Śliwicach przy ulicy Ks. dra. St. Sychowskiego 28 w czasie trwania naboru.
2. Nabór uczestników zostanie ogłoszony na stronie internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Śliwicach co najmniej 7 dni przed datą jego rozpoczęcia.

¹ Doświadczenie o którym mowa, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełno sprawnościami. Podmiotem może być również osoba fizyczna, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.

² Za członków rodziny uznaje się wstępnych, zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

3. Forma zgłoszenia:

A. osoba zainteresowana, która spełnia warunki uczestnictwa i chciałaby skorzystać z usługi asystencji osobistej, zobowiązana jest dostarczyć zgłoszenie w formie papierowej do miejsca wskazanego w §3 ust. 1;

B. na kompletne zgłoszenie do wsparcia w ramach asystencji osobistej składają się następujące dokumenty:

- 1) Karta zgłoszeniowa do Programu – załącznik nr 1 do Regulaminu;
- 2) Oświadczenia uczestnika (lub opiekuna w imieniu uczestnika) – załącznik nr 2 do Regulaminu;
- 3) Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – umożliwiające weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu);
- 4) Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) - jeśli dotyczy;
- 5) Dokument wskazania asystenta (jeśli dotyczy) – załącznik nr 3 do Regulaminu;
- 6) Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o przyznanie usługi – załącznik nr 4 do Regulaminu;
- 7) Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością – załącznik nr 5 do Regulaminu;
- 8) Karta zakresu czynności – załącznik nr 7 do Regulaminu.

C. na kompletne zgłoszenie kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej składają się następujące dokumenty:

- 1) Curriculum Vitae;
- 2) Oświadczenie o stanie zdrowia – załącznik nr 6 do Regulaminu;
- 3) Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe lub doświadczenie we wskazanym zakresie (certyfikaty/zaświadczenia, kserokopia umów zleceń lub umowy o prace itp.);
- 4) W przypadku, gdy usługi będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16-go roku życia łącznie ze wskazaniem w ust. 1, 2 ,3 wymaga się również:
 - a) zaświadczenie o niekaralności;
 - b) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru.
- 5) Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością – załącznik nr 5 do Regulaminu.

4. Kandydat na Uczestnika może złożyć tylko jedno zgłoszenie w trakcie trwania Programu w danym roku kalendarzowym.

5. Kandydat **nie może** korzystać z tego samego typu wsparcia w innych programach w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmującej analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł w czasie trwania realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024.

6. Przyjęcie zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi asystencji osobistej.

7. Realizator zastrzega sobie prawo wcześniejszego zakończenia naboru w momencie zrekrutowania zakładanej liczby uczestników do Programu.

8. Jeśli liczba osób kwalifikujących się do Programu będzie większa od liczby przewidzianych miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa.

1. Zgłoszenia podlegają weryfikacji formalnej polegającej na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, wymienionych w §3 ust.3 lit. B (w przypadku uczestnika) lub w §3 ust.3 lit. C (w przypadku kandydata na asystenta).
2. Niekompletne zgłoszenia nie będą rozpatrywane – tj. bez wymaganych załączników.
3. Po spełnieniu warunków formalnych, dokumentacja będzie podlegała ocenie merytorycznej.
4. Ocenie merytorycznej będzie podlegać przede wszystkim uzasadniona potrzeba korzystania ze wsparcia asystenta.

1) Preferencje będą miały osoby niepełnosprawne:

- A. samodzielnie zamieszkujące (nie dotyczy dzieci),
- B. niepracujące zawodowo,
- C. które **nie korzystały** z usług asystencji osobistej w ramach poprzednich edycji Programu oraz w ramach innych projektów,
- D. które **nie korzystają** aktualnie z dodatkowego wsparcia np. w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, uczestnictwa w dziennych ośrodkach wsparcia.

2) W przypadku dzieci z niepełnosprawnością preferowane będą:

- A. dzieci rodziców aktywnych zawodowo,
 - B. dzieci przebywające w rodzinach zastępczych,
 - C. dzieci wychowujące się w gospodarstwie domowym z innym dzieckiem niepełnosprawnym,
 - D. dzieci wychowywane przez jednego rodzica.
5. Realizator poinformuje telefonicznie, za pomocą wiadomości SMS lub drogą mailową o przyznaniu usług asystencji osobistej. W przypadku umieszczenia na liście rezerwowej osoba zostanie poinformowana również w w/w sposób.
 6. W przypadku zakwalifikowania się, jak i niezakwalifikowania do Programu, nie jest wydawana decyzja administracyjna i nie przysługuje od niej odwołanie.
 7. W przypadku rezygnacji Uczestnika z usługi asystencji osobistej Realizator kwalifikuje do Programu osobę z listy rezerwowej, jeśli na danym etapie jest to możliwe.
 8. W przypadku wyczerpania listy rezerwowej i dostępności godzin Realizator może ogłosić dodatkowy nabór uczestników do programu.
 9. Realizator zastrzega sobie możliwość:
 - A. przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin niż wnioskowana przez niego w zgłoszeniu;
 - B. zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznaczonych godzin, o których mowa w §5 ust.3;
 - C. odmowy kontynuowania świadczenia usług asystenckich w przypadku stwierdzenia nieadekwatności przyznanego wsparcia do rzeczywistych potrzeb osoby niepełnosprawnej, zgodnych z nadrzędnym celem Programu, którym jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia jej w życie społeczne;
 - D. zmiany asystenta świadczącego usługi w danym środowisku w uzasadnionych przypadkach.

§5

Szczegóły realizacji usług asystencji osobistej

1. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy uzależnione są od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

2. Z usług jednego Asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden Uczestnik Programu. Dodatkowo zastrzega się, aby Asystent nie świadczył usług asystencji osobistej jednocześnie dwóm osobom zamieszkującym pod tym samym adresem.
3. Limit godzin usług przypadających na jednego Uczestnika uzależniony jest od indywidualnych potrzeb i wynosi nie więcej niż:
 - 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 3) 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 4) 360 godzin rocznie dla:
 - A. osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 - B. 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.
4. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/ gotowości na świadczenie usługi nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
5. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Uczestnika lub czas czynności wykonywanych wraz z uczestnikiem poza domem, bez czasu dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania/pobytu osoby niepełnosprawnej.
6. Uczestnik zobowiązany jest aktualizować zgłoszenie do Programu, w każdym przypadku zmiany danych z nim związanych.
7. Zarówno Asystent jak i Uczestnik jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora o zmianie stanu zdrowia (pobycie w szpitalu sanatorium, wyjeździe do rodziny itp., czyli sytuacjach związanych z nieobecnością Uczestnika w miejscu zamieszkania);
8. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie lub inne istotne informacje, dotyczące realizacji usługi asystencji osobistej, przyjmowane są w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Śliwicach.
9. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się dojazdu do i od uczestnika.
10. Asystent przerywa realizację usługi, jeżeli:
 - A. zastana sytuacja bądź wykonanie danej czynności zagraża zdrowiu lub życiu Asystenta, Uczestnika lub osób trzecich;
 - B. agresja lub postawa Uczestnika nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami regulaminu;

C. zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez Uczestnika zmierzają do łamania prawa.

11. O przypadku wystąpienia okoliczności wskazanych w §5 ust.11 Asystent niezwłocznie informuje Realizatora.
12. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno Asystent, jak i Uczestnik zobowiązani są, w miarę swoich możliwości, do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb, a następnie Realizatora.
13. W ramach usługi asystencji osobistej możliwy jest zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego Uczestnikowi.
14. Asystent nie ma prawa wprowadzania do domu Uczestnika Programu osób nieupoważnionych.
15. W obecności Uczestnika Programu i w jego domu Asystent nie może palić papierosów i e-papierosów, spożywać alkoholu i używać substancji psychoaktywnych.
16. Asystent zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji, jakie uzyskał w trakcie wykonywania obowiązków, w szczególności do nieujawniania osobom trzecim danych personalnych osób, u których sprawują usługi asystenckie osobistej, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej.
17. Do zadań Asystenta należą czynności określone w Karcie zakresu czynności, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu.

§6

Rozliczanie i monitoring usług asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej świadczone przez Asystentów rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług, której wzór stanowi załącznik nr 8 do Regulaminu. Uczestnik Programu lub Przedstawiciel ustawowy Uczestnika oraz Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług asystencji osobistej. Kartę realizacji usług **należy uzupełniać na bieżąco** tj. po wykonaniu każdej usługi asystenckiej.
3. Koszt trasy przejazdu z Uczestnikiem licząc od jego miejsca zamieszkania i z powrotem jest wliczany w czas pracy Asystenta (rozliczenie na podstawie prawidłowej ewidencji biletów komunikacji publicznej/prywatnej lub ewidencji przebiegu pojazdu stanowiącego własność Asystenta lub pojazdu udostępnionego przez osobę trzecią) – załączniki nr 9 i nr 10 Regulaminu.
4. Realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu realizacji usługi.
5. Wyniki monitoringu usług są odpowiednio dokumentowane.
6. Korzystanie z usług asystencji osobistej oznacza jednoczesne wyrażenie zgody przez Uczestnika na prowadzenie kontroli i monitorowania jakości usług przez Realizatora.

§7

Postanowienia końcowe

1. Osoba, której przyznano usługi asystencji osobistej w ramach Programu, zobowiązana jest do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
2. Realizator zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów (załączników) nie ujętych w Regulaminie, usprawniające i wpływające na prawidłowe rozliczanie świadczonych usług.
3. Realizator zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.

4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu oraz obowiązujące przepisy prawne.

Załączniki:

- Załącznik nr 1** – Karta zgłoszenia do „Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024;
- Załącznik nr 2** – Oświadczenia uczestnika (tj. osoby, wobec której mają być świadczone usługi asystencji osobistej) do „Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024;
- Załącznik nr 3** – Dokument – wskazanie asystenta przez uczestnika;
- Załącznik nr 4** – Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o przyznanie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej;
- Załącznik nr 5** – Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością;
- Załącznik nr 7** – Karta zakresu czynności;
- Załącznik nr 8** – Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”;
- Załącznik nr 9** – Ewidencja przebiegu pojazdu;
- Załącznik nr 10** – Ewidencja biletów komunikacyjnych;
- Załącznik nr 11** – Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką;
- Załącznik nr 12** – Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” edycja – 2024
- Załącznik nr 13** – Dokument – Akceptacja asystenta osobistego na rzecz dziecka



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 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

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 2023r. 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.

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA DO PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2024

Ja niżej podpisany/a:, informuję oraz oświadczam:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Oświadczam, że jestem osobą (zaznacz krzyżykiem):
 - samotnie zamieszkującą
 - wspólnie zamieszkującą z rodziną
3. Oświadczam, że w swoim najbliższym otoczeniu nie mam osoby/osób, które mogłyby mnie wspierać w codziennym funkcjonowaniu (rodzina, sąsiedzi itp.) (zaznacz krzyżykiem):
 - mam
 - nie mam
4. Status na rynku pracy (zaznacz krzyżykiem):
 - osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - bierna zawodowo
 - osoba pracująca
 - emeryt/rencista
 - inne – jakie? (np. rolnik).....
 - nie dotyczy (w przypadku zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – pomiń punkt 4
5. W przypadku osoby pracującej:
 - A. Jakiego rodzaju to praca?
.....
 - B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)
.....
 - C. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy?
.....
6. Oświadczam, że korzystam z świadczeń pomocy społecznej (np. korzystam ze wsparcia w ramach usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (zaznacz krzyżykiem):
 - TAK
 - NIE
7. Oświadczam, że korzystałem/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (zaznacz krzyżykiem):
 - TAK, w którym roku :.....

NIE

8. Oświadczam, iż korzystam obecnie ze wsparcia w podobnym zakresie (usługi opiekuńcze, specjalistyczne, asystenckie) w ramach innych środków niż Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (zaznacz krzyżykiem):

TAK, jeśli TAK to w jakim projekcie

NIE

9. Oświadczam, że pobieram świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej ze względu na opiekę nad innym niepełnosprawnym członkiem rodziny (zaznacz krzyżykiem):

TAK

NIE

10. Oświadczam, iż korzystam z usług asystencji osobistej w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 realizowanym przez inny podmiot (zaznacz krzyżykiem):

TAK, jeśli TAK to w jakim podmiocie

NIE

11. Oświadczam, że wychowuję więcej niż jedno dziecko niepełnosprawne (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

TAK

NIE

nie dotyczy

12. Oświadczam, że jestem rodzicem samotnie wychowującym dziecko/dzieci (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

TAK

NIE

nie dotyczy

13. Oświadczam, że pełnię funkcję rodziny zastępczej (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:

TAK

NIE

nie dotyczy

14. Oświadczam, że poinformuję Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej się lub
opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego

Pani/Pan
imię i nazwisko

adres zamieszkania

nr telefonu osoby wskazanej

spełnia warunki wynikające z programu dotyczącą realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 ¹.

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

¹ Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 za członka rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu



Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o przyznanie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) – zwanego dalej: RODO, przedstawiamy następujące informacje:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach z siedzibą w Śliwicach (89-530) przy ul. ks. Sychowskiego 28, adres e-mail: gops@sliwice.pl, numer telefonu: 52 33-40-727, zwany dalej: "Administratorem".

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: iod.gops@sliwice.pl.

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, w tym weryfikacji wniosku, ustalenia prawa do świadczenia usług asystenta osoby niepełnosprawnej oraz rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego (art. 6 ust. 1 lit. e RODO oraz 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z programem resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej", przyjętym na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym).

Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w tym m.in. Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu do celów sprawozdawczych i kontrolnych.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności wynikającym z instrukcji kancelaryjnej obowiązującej u Administratora.

Mają Państwo:

- 1) prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych,
- 2) prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych, jeśli są błędne lub nieaktualne,
- 3) prawo żądania usunięcia danych w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO,
- 4) prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO,
- 5) w zakresie, w jakim Administrator przetwarza dane w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy się skontaktować bezpośrednio z Administratorem lub wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe powyżej).

Prysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Państwa dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do wzięcia udziału w programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej". Odmowa podania danych będzie skutkowałą pozostawieniem wniosku bez rozstrzygnięcia.

Administrator nie będzie stosował wobec Państwa zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.



Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) – zwanego dalej: RODO, przedstawiamy następujące informacje:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach z siedzibą w Śliwicach (89-530) przy ul. ks. Sychowskiego 28, adres e-mail: gops@sliwice.pl, numer telefonu: 52 33-40-727, zwany dalej: "Administratorem".

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: iod.gops@sliwice.pl.

Jeżeli Państwa dane osobowe nie zostały przekazane Administratorowi bezpośrednio, otrzymał je od osoby wnioskującej o udział w programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością", która wskazała Państwa do świadczenia na jej rzecz usługi asystencji osobistej w ramach w/w programu. Zakres przekazanych danych osobowych obejmuje: imię i nazwisko.

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celach:

- realizacji programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, w tym rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego,
- związanych z zawarciem i realizacją umowy cywilnoprawnej,
- wykonywania obowiązków wynikających z Kodeksu cywilnego, Ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, z której wynika obowiązek prowadzenia dokumentacji dotyczącej czasu pracy,
- wykonywania obowiązków wynikających z przepisów z zakresu: ubezpieczeń społecznych, podatków, rachunkowości oraz z innych zobowiązań wywodzących się z obowiązujących regulacji,
- ułatwienia kontaktu w kwestiach związanych z realizowaną usługą asystencji osobistej,
- ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest:

- działania związane z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e RODO oraz 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z programem resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej", przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym),
- umowa cywilnoprawna, w tym korzystanie z praw i wykonywanie wzajemnych zobowiązań wynikających z zawartej umowy oraz niezbędne czynności podjęte przed zawarciem umowy, na żądanie osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO),
- wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na administratrze wynikających w szczególności z Kodeksu cywilnego, Ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, przepisów o ubezpieczeniu społecznym, podatkach, rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit c) RODO),
- podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu jest dobrowolne i zostanie potraktowane jako zgoda na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO),
- prawie uzasadniony interes administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO), w tym w szczególności dochodzenie roszczeń lub obrona przed nimi, w tym prowadzenie postępowań sądowych w związku z zawartą umową cywilnoprawną.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do wzięcia udziału w programie resortowym Ministra Rodziny

i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej". Odmowa podania danych spowoduje, że zawarcie i realizacja umowy cywilnoprawnej będzie niemożliwa. Podanie nr telefonu jest dobrowolne, przy czym jego podanie może ułatwić i przyspieszyć komunikację dotyczącą świadczenia pomocy w formie asystentury osobom niepełnosprawnym.

Mają Państwo:

- prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych,
- prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych, jeśli są błędne lub nieaktualne,

- prawo żądania usunięcia danych w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO,
- prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO,
- w zakresie, w jakim Administrator przetwarza dane w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w oparciu o prawnie uzasadniony interes - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- prawo do przenoszenia danych do innego administratora, w przypadkach określonych w RODO,
- prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem,
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeżeli Państwa dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

W celu realizacji Państwa praw możesz się skontaktować bezpośrednio z administratorem danych osobowych lub Inspektorem Ochrony Danych.

Państwa dane osobowe będą przechowywane:

- dane po zrealizowaniu celu, dla którego dane zostały zebrane, będą przechowywane przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności wynikającym z instrukcji kancelaryjnej obowiązującej u Administratora,
- dane osobowe zebrane na podstawie zgody będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zostały zebrane lub do czasu wycofania udzielonej zgody,
- dane osobowe możemy przetwarzać przez okres niezbędny do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami.

6. Komu mogą być przekazywane Twoje dane osobowe?

- podmiotom współpracującym z administratorem, w tym naszym dostawcą usług w zakresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania, np. firmy świadczące usługi w zakresie IT, pocztowe, bankowe;
- dane osobowe mogą być udostępniane również instytucjom upoważnionym z mocy prawa, w tym m.in. Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu do celów sprawozdawczych i kontrolnych, ZUS, urząd skarbowy oraz innym organom władzy publicznej i innym podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Administrator nie będzie stosował wobec Państwa zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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:

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

6) 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
- 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 – 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, słabo widzącym 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się .

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

Miejscowość, dnia.....

Podpis

**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:

Imię i nazwisko asystenta:

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.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu2024 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

.....
 Imię i nazwisko uczestnika

 Imię i nazwisko asystenta

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2024 r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu *	Wartość (9)x(10)	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13
Podsumowanie strony											
Razem											

* Stawka za przejechany 1 km została określona w Zarządzeniu Wójta Gminy Śliwice nr 11/23 z dnia 17 stycznia 2023 r. w sprawie ustalenia stawki za jeden kilometr przebiegu dla określenia wysokości zwrotu kosztów przejazdu pojazdem niebędącym własnością pracodawcy i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,75 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,00 zł;

 Data i podpis asystenta

 Data i podpis osoby z niepełnosprawnością

.....
.....
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

EWIDENCJA KOSZTÓW DOJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” - EDYCJA 2024*

w miesiącu 2024 r.

.....
Imię i nazwisko asystenta

.....
Imię i nazwisko uczestnika

L.p.	Data przejazdu	Opis trasy przejazdu (skąd-dokąd)	Cel przejazdu	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej	Wartość	Uwagi	Podpis asystenta

Łączna wartość przejazdów w związku z realizacją usług asystenckich w miesiącu.....wyniosła: zł.

.....
(Data i podpis asystenta)

.....
(Data i podpis uczestnika)

* Do ewidencji kosztów dojazdu innym środkiem transportu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2024 należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd.

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

.....
imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego

