

Zarządzenie Nr 7/2023
Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Bodzanów
z dnia 20 kwietnia 2023 r.

w sprawie: wprowadzenia regulaminu naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

na podstawie Statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Bodzanów
(załącznik do Uchwały 239/XXIV/2020 Rady Gminy Bodzanów z dnia 22.12.2020 r. § 10 ust. 5) oraz na podstawie Regulaminu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie rozdz. 2 § 1 z dnia 01.03.2023 r. stanowiący załącznik do zarządzenia Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Bodzanów nr 3/2023,

zarządzam co następuje:

§1

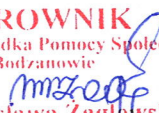
Ustalam regulamin naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§2

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie.

§3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1.04.2023 r.

KIEROWNIK
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Bodzanowie

mgr Mirosława Zagłewska

REGULAMIN REKRUTACJI ORAZ UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023” zwanym dalej Programem.
2. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego na 2023 r.
3. Program realizuje Gminny Ośrodek pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie na podstawie Uchwały Nr 425/LII/2022 Rady Gminy Bodzanów z dnia 26 stycznia 2023 r. w sprawie: przystąpienia Gminy Bodzanów do realizacji Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023
4. Okres realizacji do 31.12.2023 r.
5. Program kierowany jest do mieszkańców Gminy Bodzanów.

II. Cel i założenia Programu

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usługi asystenta, jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:
 - 1) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności o stopniu znacznym lub umiarkowanym albo traktowane na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. Program ma zapewnić:
 - 1) poprawę, jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
 - 2) wsparcie osobom niepełnosprawnym oraz pomoc adekwatną do potrzeb;
 - 3) uczestnictwo osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.;
 - 4) dofinansowanie jednostek samorządu terytorialnego w ramach realizowanych zadań mających na celu wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych;
 - 5) zwiększenie wsparcia asystenckiego dla niepełnosprawnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.

III. Podmiot odpowiedzialny za realizację

1. Realizator: Gminny Ośrodek pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie.

IV. Adresaci Programu

1. Program adresowany jest:

- 1) do osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionych.

2. Liczba uczestników Programu ogółem 2 osoby, w tym:

- 1) 1 osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności
- 2) 1 osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

V. Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja prowadzona będzie w siedzibie Gminny Ośrodek pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie.
2. Rekrutacja prowadzona będzie w sposób ciągły w zależności od zainteresowania Programem) na podstawie złożonej karty zgłoszenia do Programu..

VI. Uprawnienia i obowiązki uczestnika programu

1. Osoby ubiegające się o uczestnictwo w Programie zobowiązane są do złożenia:

- 1) *Karty zgłoszenia (zał. nr 1 do Regulaminu);*
- 2) *Dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność;*
- 3) *Klauzuli informacyjnej dotycząca przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zał. nr 2 do Regulaminu);*
- 4) *Klauzuli informacyjnej dotycząca przetwarzania danych osobowych osób pełniących funkcję Asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (zał. nr 3 do Regulaminu);*
- 5) *Klauzuli informacyjnej RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. (zał. nr 4 do Regulaminu);*
- 6) *OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023 (zał. nr 5 do Regulaminu);*
- 7) *OŚWIADCZENIE ASYSTENTA – PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023 (zał. nr 6 do Regulaminu);*
- 8) *Ewidencja Przebiegu pojazdu (zał. nr 7 do Regulaminu);*
- 9) *Karta realizacji usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 (zał. nr 8 do Regulaminu);*
- 10) *Ewidencja biletów komunikacyjnych (zał. nr 9 do Regulaminu);*
- 11) *Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 .(zał. nr 10 do Regulaminu);*

2. Brakujące dokumenty należy dostarczyć do Gminny Ośrodek pomocy Społecznej Bodzanów z/s w Chodkowie w terminie do 7 dni roboczych od dnia otrzymania pisma informującego z GOPS.

3. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi asystenta osobistego.
4. Uczestnik Programu zobowiązany jest do:
 - 1) korzystania z usług asystenta zgodnie z zapisami rozdziału VII pkt 6 niniejszego Regulaminu,
 - 2) potwierdzania zgodności karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,
 - 3) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących mieć wpływ na korzystanie ze wsparcia asystenta w ramach programu lub na realizację usług przez asystenta,
 - 4) przestrzegania niniejszego regulaminu oraz ogólnie przyjętych norm współżycia społecznego.
5. Usługi asystencji osobistej podlegają doraźnej kontroli i monitorowaniu bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
6. Warunkiem realizacji usługi jest czynne uczestnictwo (obecność) osoby niepełnosprawnej w tej usłudze.

VII. Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu

1. Program zapewnia usługi asystencji osobistej osobie niepełnosprawnej wykonywane/ świadczone przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
2. Usługi asystenta mogą świadczyć:
 - 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
 - 2) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
 - 3) osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent, który nie jest członkiem rodziny jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej.
3. Asystentem nie może być osoba faktycznie zamieszkująca razem z uczestnikiem Programu, członek rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu, opiekun prawny.
4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, wskazuje go GOPS, z uwzględnieniem postanowień pkt.2.
5. Usługi asystenta polegać na pomocy asystenta w:
 - 1) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
 - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - 3) załatwianiu spraw urzędowych;
 - 4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - 5) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej; zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji.
6. W godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o

pomocy społecznej, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 6, finansowane z innych źródeł.

7. Czas trwania usług asystenta – usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, z zastrzeżeniem stosowania w tym zakresie przepisów i norm, o których mowa w Kodeksie pracy.
8. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeśli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
9. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:
 - 1) 450 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 2) 180 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
10. Usługi asystencji osobistej będą realizowane przez asystentów, o których mowa w ust. 2.
11. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje:
 - 1) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,
 - 2) opiekuna prawnego oraz preferencje dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.
12. Koszt wynagrodzenia jednej godziny zegarowej świadczenia usługi asystenta wynosi 40 zł brutto (z tego płacona jest zaliczka na podatek dochodowy, składki ZUS i Fundusz Pracy płacone przez pracownika i pracodawcę/zlecniodawcę).
13. Rozliczenie usług asystenta następuje na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, której wzór stanowi (zał. nr 9 do Regulaminu)

VIII. Zwrot kosztów świadczenia usługi asystencji osobistej

1. W związku z realizacją usług asystenta osobistego realizowanych w ramach programu przewiduje się zwrot kosztów, w szczególności takich jak:
 - 1) zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu;
 - 2) zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztów dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu.
2. Koszty, podlegają zwrotowi w wysokości do 300 zł miesięcznie.
3. Koszty będą kwalifikowane, jeżeli:
 - 1) z usług asystencji osobistej u jednego asystenta w tym samym czasie będzie korzystać 1 uczestnik Programu;
 - 2) koszty dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu jest wliczony w czas pracy asystenta jedynie w przypadku obecności uczestnika Programu;

- 3) będzie prowadzona ewidencja biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych, zawierająca m.in. informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych asystenta, daty i celu podróży (zał. nr 10 do Regulaminu);
- 4) będzie prowadzona ewidencja przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta lub ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką, zawierająca następujące informacje: dane asystenta, datę i cel podróży, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd (zał. nr 9 do Regulaminu);
- 5) koszty dojazdu samochodem prywatnym będą obejmowały najkrótszą trasę podróży z dopuszczalnym przekroczeniem do 10 km w rozliczeniu miesięcznym według wyliczenia na podstawie ogólnodostępnych aplikacji np. google maps oraz po podaniu dokładnego adresu miejsca podróży docelowej (kod, miejscowość, ulica, nr).

IX. Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieuregulowane w niniejszym regulaminie są rozstrzygane przez Realizatora Programu w oparciu o stosowne dokumenty programowe.
1. Realizator zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego regulaminu w każdym czasie.
2. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania

Zatwierdziła:

KIEROWNIK
GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ
BODZANÓW z/s w CHODKOWIE
/-/ Mirosława Żaglewska

Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....
.....

2. Adres:

.....
.....

3. Telefon kontaktowy:

.....
.....

4. Data urodzenia:

.....
.....

5. Wykształcenie:

.....
.....

6. Zawód wyuczony:

.....
.....

7. Status na rynku pracy:

.....
.....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....
.....

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych ☐

**Poza miejscem
zamieszkania** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych ☐

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....
.....

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

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe **Tak** ☐/Nie ☐

2) wypełnianie ról społecznych **Tak** ☐/Nie ☐

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak** ☐/Nie ☐

- 4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem
Tak ☐/Nie ☐

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

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

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

.....
.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

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

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

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

.....
.....

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

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
 - c) myciu okien ☐;
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ☐;
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;
- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
 - b) czesaniu ☐;
 - c) goleniu ☐;
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ☐;
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ☐;
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐;
 - h) słaniu łóżka i zmianie pościeli ☐;
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ☐;

- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ☐;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ☐;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ☐;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer ☐;
 - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
 - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐;
 - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
 - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐;
 - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ☐;
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** ☐/**Nie** ☐

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** ☐/**Nie** ☐
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 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”, informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest GOPS Bodzanów, adres siedziby: z/s w Chodkowie ul. Bankowa 7, 09-470 Bodzanów.
2. We wszystkich sprawach dotyczących Państwa danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: k.klimczewska@bodzanow.pl
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora w celu przyjęcia Państwa zgłoszenia do udziału w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (Program) i tym samym w celu realizacji Programu i wynikających z niego obowiązków, co jest zadaniem realizowanym w interesie publicznym. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. c i lit. g RODO
4. Państwa dane osobowe będą przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta została umowa na świadczenie usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w ramach Programu oraz mogą zostać przekazane podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, Wojewodzie Mazowieckiemu i Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, a także innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celowości ich przetwarzania, a następnie przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. W odniesieniu do Państwa danych osobowych przysługuje Państwu względem Administratora prawo do: żądania dostępu do nich zgodnie z art. 15 RODO, ich sprostowania zgodnie z art. 16 RODO, ich usunięcia zgodnie z art. 17 RODO oraz ograniczenia ich przetwarzania zgodnie art. 18 RODO; chyba, że nie pozwolą na to inne obowiązujące przepisy prawa.
7. W przypadku uznania, że Państwa dane osobowe są przetwarzane przez Administratora w sposób niezgodny z przepisami prawa, mogą Państwo wnieść w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie uniemożliwi realizację celów określonych w pkt. 3 powyżej, w tym uniemożliwi Państwa uczestnictwo w Programie.
9. W odniesieniu do Państwa danych osobowych Administrator nie będzie podejmował decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie stosował wobec nich profilowania, stosownie do art. 22 RODO.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób pełniących funkcję Asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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”, informujemy, że:

10. Administratorem danych osobowych jest GOPS Bodzanów, adres siedziby: z/s w Chodkowie ul. Bankowa 7, 09-470 Bodzanów.
11. We wszystkich sprawach dotyczących danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: k.klimczewska@bodzanow.pl
12. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora w celu przyjęcia złożonej przez Państwa aplikacji na stanowisko Asystenta osób z niepełnosprawnościami (Asystent) w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 (Program), na podstawie wyrażonej przez Państwa w tym celu zgody, stosownie do art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Posiadają Państwo prawo do cofnięcia ww. zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonej przez Państwa aplikacji na stanowisko Asystenta, Administrator, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu zawarcia i wykonania umowy dot. pełnienia przez Państwa zadań na stanowisku Asystenta i jednocześnie, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e, w celu realizacji zadania w interesie publicznym, którym jest realizacja Programu.
13. W przypadku zawarcia z Państwem ww. umowy na pełnienie funkcji Asystenta, Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane kancelarii prawnej obsługującej Administratora, podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, Województwie Mazowieckiemu i Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, a także innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
14. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celowości ich przetwarzania, a następnie przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
15. W przypadku, gdy Państwa dane osobowe nie zostały pozyskane bezpośrednio od Państwa, źródłem pochodzenia tych danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych, które wskazały na Państwa jako osoby mogące pełnić funkcję Asystenta.
16. W odniesieniu do Państwa danych osobowych przysługuje Państwu względem Administratora prawo do: żądania dostępu do nich zgodnie z art. 15 RODO, ich sprostowania zgodnie z art. 16 RODO, ich usunięcia zgodnie z art. 17 RODO oraz ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z art. 18 RODO; chyba, że nie pozwolą na to inne obowiązujące przepisy prawa.
17. W przypadku uznania, że Państwa dane osobowe są przetwarzane przez Administratora w sposób niezgodny z przepisami prawa, mogą Państwo wnieść w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl
18. W przypadku, gdy Państwa dane osobowe nie będą pochodziły z innego źródła wskazanego w pkt. 6, podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie uniemożliwi realizację celów określonych w pkt. 3 powyżej.
19. W odniesieniu do Państwa danych osobowych Administrator nie będzie podejmował decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie stosował wobec nich profilowania, stosownie do art. 22 RODO.

**Załącznik nr 4 do REGULAMINU REKRUTACJI ORAZ UCZESTNICTWA W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

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

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

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

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

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

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

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

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

Okres przechowywania danych

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

Prawa podmiotów danych

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

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

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

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Chodkowo, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

☐ Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

☐ Nie wybieram asystenta.

Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu

Chodkowo, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE ASYSTENTA – PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Oświadczam, że:

- ☐ Podejmuję się realizacji usług asystencji osobistej względem
- ☐ Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarz, fizjoterapeuta lub co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
- ☐ Znam treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- ☐ Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
- ☐ Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym przeze mnie zakresie przez GOPS Bodzanów w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- ☐ Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób pełniących funkcję Asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Z tytułu świadczenia usług asystencji osobistej oczekuję wynagrodzenia w wysokości

złotych brutto za godzinę pracy **łącznie z kosztami pracodawcy**

(słownie: brutto).

Podpis

**Załącznik nr 7 do REGULAMINU REKRUTACJI ORAZ UCZESTNICTWA W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiącr.

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 * zł gr	Wartość (8)x(9) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Podsumowanie strony											
Do przeniesienia/Z przeniesienia											
Razem											

* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta

**Karta realizacji usługi asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę asystencji osobistej

.....

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usługi 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.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu2023 r. wyniosła godzin.

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

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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

** Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu oraz ewidencję biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023.

**Załącznik nr 9 do REGULAMINU REKRUTACJI ORAZ UCZESTNICTWA W PROGRAMIE
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

.....

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

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH
za miesiąc r.

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

.....
Data i podpis asystenta

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby

z niepełnosprawnościami oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnościami pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 5) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - i) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐,
 - j) czesaniu ☐,
 - k) goleniu ☐,
 - l) obcinaniu paznokci rąk i nóg ☐,
 - m) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ☐,
 - n) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐,
 - o) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐,
 - p) słaniu łóżka i zmianie pościeli ☐
- 6) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐,
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐,
 - c) myciu okien ☐,
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐,
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐,
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ☐,
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐
- 7) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ☐,

- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ☐,
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ☐,
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ☐,
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐,
 - f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta ☐;
- 8) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer ☐,
 - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐,
 - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐,
 - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐,
 - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐,
 - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ☐,
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

Miejscowość, dnia