Załącznik nr 1

do Zarządzenia nr 36/2024

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kętrzynie

z dnia 19.12.2024 r.

**Regulamin naboru, uczestnictwa i realizacji Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ” – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

Niniejszy dokument zwany dalej „Regulaminem” określa warunki naboru, uczestnictwa   
w Programie: **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025** finansowanego ze środków Funduszu solidarnościowego.

**§ 2**

**Adresaci Programu**

1. W 2025 roku na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn planuje się objęcie pomocą w formie usług asystencji osobistej łącznie 61 osób znajdujących się w szczególnej potrzebie z powodu występującej niepełnosprawności i konieczności ograniczania jej skutków. W ramach Programu docelowo pomocą objętych zostanie:
   1. 2 osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
   2. 2 osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
   3. 45 osób dorosłe z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
   4. 12 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
2. Adresatami Programu mogą być tylko i wyłącznie dzieci i osoby dorosłe   
   z niepełnosprawnościami zamieszkujące na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn.

**§ 3**

**Formy wsparcia w ramach Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ”- edycja 2025**

* + 1. Celem Programu jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym pomocy w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, ograniczanie skutków niepełnosprawności oraz stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności, umożliwianie realizowania prawa do niezależnego życia, przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu a także umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności.
    2. Usługi asystencji osobistej dla osoby niepełnosprawnej w szczególności będą polegać na:

1. wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
2. wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
3. wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania; wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
4. Usługa wsparcia i liczba godzin wsparcia asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością zostanie przyznana członkowi rodziny/opiekunowi na podstawie oceny indywidualnych potrzeb określonych w Karcie Zgłoszenia do Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025 stanowiącego **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu z uwzględnieniem możliwości jej realizacji przez MOPS w Kętrzynie.
5. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej zawiera **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu.
6. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż[[1]](#footnote-1)i nie przekraczając limitów określonych we wniosku o dofinansowanie:
7. 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
8. 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
9. 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
10. 360 godzin rocznie dla:
11. osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
12. traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
13. dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
14. Terminy, zakres usługi wsparcia oraz jej godziny ustalane będą przez podmiot/ osobę wyznaczoną przez wykonawcę wyłonionego w ramach przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z Uczestnikiem Programu lub jego opiekunem prawnym.

**§ 4**

**Proces rekrutacji do Programu: „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja2025**

1. Nabór Uczestników Programu: „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025 prowadzony jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie do czasu wyczerpania miejsc. Informacje na temat Programu udzielane są telefonicznie pod nr telefonu: (89) 751 74 23 lub (89) 751 74 15.
2. Wzór karty zgłoszenia do Programu stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu.
3. Do Karty zgłoszenia należy dołączyć:
4. podpisaną klauzulę informacyjną RODO, stanowiącą **załącznik nr 3**
5. zgodę na przetwarzanie danych osobowych, stanowiącą **załącznik nr 4**
6. kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności kandydata do Programu.

**§ 5**

**Tryb rozpatrywania wniosków do Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”– edycja 2025**

1. W przypadku złożenia przez kandydata do Programu niekompletnej dokumentacji strona zostanie w wyznaczonym terminie wezwana do uzupełniania braków formalnych. Nie uzupełnienie dokumentacji w wyznaczonym terminie będzie skutkować odrzuceniem kandydatury do Programu.
2. Rozpatrywanie wniosków prowadzone będzie przez koordynatora Programu wyznaczonego przez Dyrektora MOPS w Kętrzynie przy aktywnym udziale pracowników socjalnych.
3. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie dokonuje weryfikacji kart zgłoszeniowych pod względem formalnym na podstawie kompletu dokumentów złożonych przez kandydatów do Programu.
4. Kandydat lub opiekun prawny zostanie poinformowany w formie pisemnej o przyznaniu usług asystencji osobistej oraz przyznanym wymiarze godzin usług asystencji osobistej w danym roku kalendarzowym.
5. Po zakończonej weryfikacji przez Koordynatora, lista osób zakwalifikowanych zostaje przekazana wykonawcy celem zaplanowania zakresu wsparcia i przydzieleniu odpowiedniego asystenta (załącznik nr 6).
6. W przypadku większej liczby zgłoszeń niż limit miejsc w Programie kandydat, opiekun prawny otrzyma informację pisemną o braku kwalifikacji do Programu.
7. W sytuacji zgłoszenia większej liczby uczestników aniżeli przewidywania liczba miejsc w Programie o kolejności przyjęcia do Programu **będzie decydować stopień i rodzaj niepełnosprawności, sytuacja osobista oraz fakt, czy dana osoba nie korzysta już z innych form wsparcia finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego.**
8. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
9. Koordynator Programu powiadomi uczestnika Programu o podjętej decyzji dotyczącej zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania do udziału w Programie. Decyzje o zakwalifikowaniu lub odmowie nie są decyzjami w rozumieniu przepisów Kodeksu Postępowania Administracyjnego.
10. Po zakwalifikowaniu do Programu uczestnik zobowiązany będzie do złożenia pozostałych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.

**§ 6**

**Obowiązki uczestnika Programu: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025**

1. Osoba zakwalifikowana do Programu uzyskuje status Uczestnika Programu: „Asystent osobisty

osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”– edycja 2025.

1. Uczestnik Programu zobowiązany jest do:
2. wcześniejszego informowania Wykonawcy o nieobecności w terminie umówionego spotkania;
3. niezwłocznego informowania Koordynatora Programu i Wykonawcę o wszelkich zmianach i okolicznościach mogących mieć wpływ na realizację Programu np. o utracie statusu osoby z niepełnosprawnością, o zmianie stopnia niepełnosprawności, o korzystaniu w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej w ciągu 7 dni od nastąpienia zmiany;
4. przedłożenia kompletu niezbędnych dokumentów celem prawidłowej realizacji Programu;
5. aktywnej współpracy z osobą wykonującą usługi asystencji osobistej,
6. przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.

3. W przypadku braku przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu strona traci status Uczestnika Programu.

**§ 7**

**Pozostałe zasady realizacji usług asystenckich**

1. Po wcześniejszej konsultacji z pracodawcą asystent przerywa realizację usługi, jeżeli:
   1. zastana sytuacja bądź wykonanie danego zadania zagraża zdrowiu lub życiu asystenta, uczestnika Programu, osób trzecich;
   2. agresywne zachowanie lub oczekiwania uczestnika Programu nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu;
   3. zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez uczestnika Programu zmierzają do łamania prawa;
   4. pomoc i potrzeby uczestnika Programu zostają zabezpieczone przez inne służby.
2. W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując niezwłocznie pracodawcę ( firmę zatrudniającą asystenta).
3. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, zarówno asystent, jak i uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb, pracodawcę i Koordynatora Programu.
4. Uczestnik Programu lub osoba upoważniona ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do Koordynatora Programu.
5. Wykonawca zobowiązany jest do bieżącego informowania Koordynatora Programu z ramienia MOPS w Kętrzynie o wszelkich problemach związanych z realizacja usług asystencji osobistej.

**§ 8**

**Dane osobowe**

Przetwarzane przez Realizatora Programu dane osobowe są przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem 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 szczególnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781).

**§ 9**

**Postanowienia końcowe**

1. Kwestie nieuregulowane w niniejszym regulaminie rozstrzygane będą przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kętrzynie.
2. Niniejszy Regulamin obowiązuje przez okres trwania Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ”- edycja 2025.
3. MOPS w Kętrzynie zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych celem prawidłowej realizacji Programu.
4. Regulamin Programu: „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 zostaje podany do publicznej wiadomości poprzez umieszczenie go na stronie internetowej MOPS Kętrzyn, zostaje również udostępniony stronom w siedzibie MOPS.
5. Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 realizowany będzie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie.
6. Załączniki do Regulaminu stanowiące jego integralną część stanowią:
7. Załącznik nr 1: Karta zgłoszenia do Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ”- edycja 2025,
8. Załącznik nr 2 - zakres czynności,
9. Załącznik nr 3 – klauzula informacyjna RODO,
10. Załącznik nr 4 – zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
11. Załącznik nr 5 – karta realizacji usługi Asystenta,
12. Załącznik nr 6 – karta zlecenia wykonania usługi,
13. Załącznik nr 7 – karta kontroli.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu

**Karta zgłoszenia do Programu**

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

**I. Dane uczestnika Programu:**

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

2) dysfunkcja narządu wzroku ,

3) zaburzenia psychiczne ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

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 jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak  / Nie**

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

**II. ŚRODOWISKO:**

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

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

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[2]](#footnote-2):**

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

1. Płeć: ………………………………….

2. Wiek:………………………………..

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak  / Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….…………..………………………………………………………………………………..……………………………….

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

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

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

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

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:
   1. ubieranie **Tak  / Nie** ;
   2. korzystanie z toalety **Tak  / Nie** ;
   3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak  / Nie** ;
   4. czesanie **Tak  / Nie** ;
   5. golenie **Tak  / Nie** ;
   6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak  / Nie** ;
   7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak  / Nie** ;
   8. 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** ;
   9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak  / Nie** ;
   10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak  / Nie** ;
   11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak  / Nie** ;
   12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak  / Nie** .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
   1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak  / Nie** ;
   2. 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** ;
   3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak  / Nie** ;
   4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
   5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak  / Nie** ;
   6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak  / Nie** ;
   7. 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:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak  / Nie** ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak  / Nie** ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak  / Nie** ;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak  / Nie** ;
   6. 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:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak  / Nie** ;
   2. wyjście na spacer **Tak  / Nie** ;
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak  / Nie** ;
   4. 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** ;
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak  / Nie** ;
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak  / Nie** ;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak  / Nie** ;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak  / Nie** ;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   10. 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?**

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

1. 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:

1. limitu przyznanych godzin: ……….
2. limitu wykorzystanych godzin: ……….
3. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane: …………………………………………………………….………………………………..

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

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

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

…………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\* Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu**

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

***Uwaga:*** *Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
2. ubieranie ☐;
3. korzystanie z toalety ;
4. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ;
5. czesanie ;
6. golenie ;
7. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ;
8. obcinanie paznokci rąk i nóg ;
9. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ;
10. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ;
11. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ;
12. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ;
13. słanie łóżka i zmiana pościeli .

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

* 1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
  2. 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) ;
  3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
  4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
  5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;
  6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
  7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .

1. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
   6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .
2. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;
   2. wyjście na spacer ;
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ;
   4. 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 ;
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem   
      się ;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
   10. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.

Miejscowość, dnia ……………………… .

Załącznik Nr 3 do Regulaminu

***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO***

**Klauzula informacyjna w ramach** **Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025**

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:

1. Administratorem danych osobowych jest *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie, ul. Pocztowa 11 , 11-400 Kętrzyn, e-mail: mopsketrzyn@miastoketrzyn.pl*
2. Funkcję tę sprawuje: Rafał Andrzejewski. Kontakt z IOD pod adresem email: iod@miastoketrzyn.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ” – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez *Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie* , w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub *Wojewodzie Warmińsko –Mazurskiemu*  m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.[[3]](#footnote-3))
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

………………………………………………….

(miejscowość, data i podpis uczestnika Programu lub jego opiekuna )

Załącznik Nr 4 do Regulaminu

***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***

Zgodnie z 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie mający swoją siedzibę pod adresem ul. Pocztowa 11 11-400 Kętrzyn, reprezentowany przez Katarzynę Hoszkiewicz – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kętrzynie w ramach realizacji Programu „Asystent Osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025. Oświadczam, że swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i zapewniam, że są zgodne z prawdą. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym również przysługujących mi prawach a zwłaszcza prawie dostępu do treści moich danych osobowych, ich poprawiania czy usunięcia.

………………………………………………….

(miejscowość, data i podpis uczestnika Programu lub jego opiekuna )

1. Limit dotyczy godzin usług asystencji osobistej świadczonych w ramach wszystkich programów Ministra w zakresie usług asystencji osobistej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-2)
3. )W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat*(należy wskazać nazwę gminy/powiatu)* zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*.* Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu. [↑](#footnote-ref-3)