



## Regulamin rekrutacji i realizacji

### Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Gminie Radzymin

#### Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 647 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 901 ze zm.).

#### §1 Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:
  - 1) 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 oraz
  - 2) osoby z niepełnosprawnością posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
    - a) o stopniu znacznym lub
    - b) o stopniu umiarkowanym albo
    - c) traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b, , zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.).
2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:



- 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;
  - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Radzymin.
  4. Program będzie prowadzony do 31 grudnia 2024 r.
  5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzyminie zwany dalej Ośrodkiem.
  6. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Funduszu Solidarnościowego.

## **§2 Rekrutacja do Programu**

1. W 2024 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 35 osób, w tym:
  - 1) 9 dzieci w wieku 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;
  - 2) 26 osób dorosłych, w tym 18 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 8 osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Radzymin w Programie w 2024 r.

2. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być wyłącznie osoby spełniające kryteria formalne:
  - 1) zamieszkujące gminę Radzymin; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby*



- z *niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;
- 2) dzieci w wieku 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 albo osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub dokument równoważny; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;
  - 3) osoby, które w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie korzystają z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 901 ze zm.), inne usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub u usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia zawartego w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
3. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć osoby:
- 1) posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
  - 2) posiadające orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
  - 3) samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
4. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
5. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.



6. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Radzyminie, ul. Weteranów 31, 05-250 Radzymin, w godzinach urzędowania (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8 do 16) lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.
7. Do udziału w Programie kwalifikuje Komisja w składzie 3-osobowym: pracownik socjalny i pracownik Ośrodka wyznaczeni przez Kierownika oraz Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzyminie jako przewodniczący.
8. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §2 ust. 3, jak również sytuacja osobista osób zgłaszających chęć udziału (zgodnie z zapisami ujętymi w §2 ust. 4 regulaminu).
9. Nabór osób chętnych do udziału w Programie jest prowadzony w sposób ciągły do wyczerpania liczby miejsc/limitu godzin. Osoby zgłoszone do Programu po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
10. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.

### **§3 Zasady uczestnictwa**

1. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby:
  - 1) 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) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub
  - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w „Karcie zgłoszenia do Programu



*Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego - edycja 2024, której wzór stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 3, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna, (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

3. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem; opiekun prawny uczestnika lub osoba faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem.

4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 pkt 1 i 2.

5. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci zakwalifikowanych do Programu, od asystentów wymagane jest również:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
- 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

6. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w gminie Radzymin 2024 roku wynosi nie więcej niż:

- 1) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 650 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) 360 godzin rocznie dla:
  - a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, w tym z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

7. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.
8. Szczegółowo zakres usług asystencji osobistej osoba wyraża poprzez wypełnienie prawny „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu. 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.
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 czasu dojazdu do i od uczestnika.
10. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie, o której mowa wyżej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługi asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.
11. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
12. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
13. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.
14. Asystent ewidencjonuje usługi asystencji osobistej na podstawie miesięcznej karty realizacji usług asystenckich.
15. Uczestnik nie ponosi odpłatności za udział w Programie.



#### **§4 Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Radzymin.
2. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ośrodek, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
3. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkowało zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
4. Ośrodek zastrzega sobie prawo do monitorowania świadczenia usług asystencji osobistej oraz dokonywania doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemne.
5. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka.



Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024  
w Gminie Radzymin

## Karta zgłoszenia do Programu

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

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Adres: \_\_\_\_\_
3. Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
5. Status na rynku pracy: \_\_\_\_\_
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

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

\_\_\_\_\_

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: \_\_\_\_\_
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
  - 2) dysfunkcja narządu wzroku
  - 3) zaburzenia psychiczne
  - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu
  - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:





---

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

11. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? \_\_\_\_\_

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

## II. ŚRODOWISKO:

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

---

---

---

---

---

---

---

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: \_\_\_\_\_

2. Wiek: \_\_\_\_\_



3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

---

---

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

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

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

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

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
  - a) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie**
  - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie**
  - c) czesanie **Tak**  / **Nie**
  - d) golenie **Tak**  / **Nie**
  - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie**
  - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie**
  - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie**
  - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie**
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie**
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie**
  - k) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie**



- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie**
  - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie**
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie**
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie**
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie**
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie**
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie**
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie**
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie**
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak**  / **Nie**
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie**
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak**  / **Nie**



- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie** ;
  - b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie** ;
  - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak**  / **Nie** ;
  - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak**  / **Nie** ;
  - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie** ;
  - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie** ;
  - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie** ;
  - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ;
  - i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak**  / **Nie** .
8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak**  / **Nie**

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**  / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:  
**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

---

---

---

---



3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin: \_\_\_\_\_
- b. limitu wykorzystanych godzin: \_\_\_\_\_
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane: \_\_\_\_\_

## V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

---

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



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

---

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



## **Klauzula informacyjna w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzyminie z siedzibą przy ulicy Weteranów 31, 05-250 Radzymin, e-mail: ops@radzymin.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Arkadiuszem Zielińskim wysyłając wiadomość na adres e-mail: arkadiusz.zielinski@safeguard.com.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym.
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 asystencji osobistej.
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, umowy zlecenia realizacji zadania publicznego. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Gminę Radzymin, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystencji osobistej na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Mazowieckiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
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). 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.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w programie.