

ZARZĄDZENIE NR 22/2023
DYREKTORA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ
W BYDGOSZCZY
z 7 marca 2023 roku

w sprawie ustalenia Regulaminu realizacji i uczestnictwa
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
ze środków Funduszu Solidarnościowego

Na podstawie § 10 ust. 4 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, stanowiącego załącznik do Zarządzenia nr 89/2018 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z 4 grudnia 2018 roku w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późniejszymi zmianami oraz art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.)

zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się Regulamin realizacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy ze środków Funduszu Solidarnościowego w brzmieniu jak w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Bydgoszczy
Renata Dębińska

Sylwia Szarata
Radca Prawny
Bd - 989



Załącznik do Zarządzenia nr 22/2023
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Bydgoszczy z 7 marca 2023 roku

**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Podstawa prawna Programu:

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

§1

Informacje ogólne

1. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 na terenie miasta Bydgoszczy jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy – zwany dalej „Realizatorem”, który działa zgodnie z Programem ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023, zwany dalej „Programem”, realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego. Osoba niepełnosprawna zwana dalej „Uczestnikiem Programu” nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
3. Usługi asystencji osobistej – zwane dalej „usługami”, są świadczone na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców Bydgoszczy, a ich celem jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako forma ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
4. Odbiorcami usług asystencji osobistej są:
 - A. dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
 - B. osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. A i B, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z zastrzeżeniem, że **osoby leżące nie kwalifikują się** do wsparcia w formie usług asystenckich.
5. Usługi świadczone są przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „Asystentem”, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z Realizatorem.

6. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na pomocy asystenta przy:
 - A. wykonywaniu przez Uczestnika czynności dnia codziennego;
 - B. wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez Uczestnika miejsce;
 - C. załatwianiu przez Uczestnika spraw urzędowych;
 - D. korzystaniu przez Uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawy itp.);
 - E. zaprowadzaniu i odbieraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej¹;
7. Zakres czynności asystenta określony jest w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu, stanowiący załącznik nr 11 do Regulaminu.
8. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o których mowa w ust. 9 finansowane z innych źródeł.
9. Usługi realizowane są na zasadzie współdziałania Uczestnika i Asystenta. Asystent nie wyręcza Uczestnika, a jedynie wspomaga wykonywane przez niego czynności.
10. Asystent ma obowiązek uwzględnić decydujący wpływ Uczestnika na podejmowane wspólnie działania i własną sytuację życiową.
11. Asystenta i Uczestnika obowiązuje profesjonalna relacja wzajemnego szacunku.

§2

Kto może być Asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej

1. Osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub
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 lub
3. Osoby wskazane przez Uczestnika lub przedstawiciela ustawowego, pod warunkiem, że:
 - A. zostaną wskazane w Karcie zgłoszenia do Programu;
 - B. nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej²;
 - C. nie zamieszkują z osobą niepełnosprawną;

¹ Usługi asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowane wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.

² Za członków rodziny uznaje się rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyzna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Uczestnikiem Programu.

- D. osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu.
4. Osoby zdolne do pracy, które przedstawią zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania przez nie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do Regulaminu.
 5. Posiadanie odpowiednich kwalifikacji, o których mowa w ust. 1 należy potwierdzić stosownym dokumentem.
 6. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 2 należy udokumentować.
 7. Realizator nie ma obowiązku zatrudnienia w charakterze Asystenta osoby wskazanej w karcie zgłoszenia, w przypadku, gdy:
 - A. Wskazana osoba nie będzie spełniała warunków określonych w ust. 1 lub 2,
 - B. posiada własne zasoby umożliwiające świadczenie usług,
 - C. istnieją inne przesłanki, które mogą wpłynąć na jakość wykonywanych usług.

§3

Procedura przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane będą w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Bydgoszczy przy ulicy Ogrodowej 9 w Punkcie Obsługi Klienta przez pracowników Zespołu Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych w czasie trwania naboru.
2. Nabór uczestników zostanie ogłoszony na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy co najmniej 7 dni przed datą jego rozpoczęcia.
3. Forma zgłoszenia:
 - A. osoba zainteresowana, która spełnia warunki uczestnictwa i chciałaby skorzystać z usługi asystencji osobistej, zobowiązana jest dostarczyć zgłoszenie w formie papierowej do miejsca wskazanego w §3 ust. 1;
 - B. na kompletne zgłoszenie do wsparcia w ramach asystencji osobistej składają się następujące dokumenty:**
 - 1) Karta zgłoszeniowa do Programu – załącznik nr 1 do Regulaminu;
 - 2) Oświadczenia uczestnika (lub opiekuna w imieniu uczestnika) – załącznik nr 2 do Regulaminu;
 - 3) Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – umożliwiające weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu);
 - 4) Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) - jeśli dotyczy;
 - 5) Dokument wskazania asystenta (jeśli dotyczy) – załącznik nr 3 do Regulaminu;
 - 6) Klauzula RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej – załącznik nr 4 do Regulaminu;
 - 7) Klauzula RODO Realizatora – załącznik nr 5 do Regulaminu;

- 8) Zaświadczenie o zatrudnieniu rodzica/rodziców (dotyczy zgłoszeń w imieniu dzieci z niepełnosprawnością);
- C. na kompletne zgłoszenie kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej składają się następujące dokumenty:**
- 1) Curriculum vitae;
 - 2) Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 6 do Regulaminu;
 - 3) Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe lub doświadczenie we wskazanym zakresie (certyfikaty/zaświadczenia, kserokopia umów zleceń lub umowy o pracę itp.);
 - 4) W przypadku, gdy usługi będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16-go roku życia łącznie ze wskazaniem w ust. 1, 2, 3 wymaga się również:
 - a) zaświadczenie o niekaralności;
 - b) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru.
 - 5) Klauzula RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej – załącznik nr 4 do Regulaminu.
4. Kandydat na Uczestnika może złożyć tylko jedno zgłoszenie w trakcie trwania Programu w danym roku kalendarzowym.
 5. Kandydat **nie może** korzystać z tego samego typu wsparcia w innych programach w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmującej analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł w czasie trwania realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
 6. Przyjęcie zgłoszenia do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi asystencji osobistej.
 7. Realizator zastrzega sobie prawo wcześniejszego zakończenia naboru w momencie zrekrutowania zakładanej liczby uczestników do Programu.
 8. Jeśli liczba osób kwalifikujących się do Programu będzie większa od liczby przewidzianych miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa.

§4

Kryteria oceny zgłoszeń i potwierdzenie zakwalifikowania

1. O zakwalifikowaniu osób do uczestnictwa w Programie decydować będzie powołana komisja.
2. Zgłoszenia podlegają weryfikacji formalnej polegającej na sprawdzeniu przez komisję kompletności złożonych dokumentów, wymienionych w §3 ust. 3 lit. B (w przypadku uczestnika) lub w §3 ust. 3 lit. C (w przypadku kandydata na asystenta).
3. Niekompletne zgłoszenia nie będą rozpatrywane – tj. bez wymaganych załączników.
4. Po spełnieniu warunków formalnych, dokumentacja będzie podlegała ocenie merytorycznej.
5. Ocenie merytorycznej będzie podlegać przede wszystkim uzasadniona potrzeba korzystania ze wsparcia asystenta.
 - 1) **Preferencje będą miały osoby niepełnosprawne:**

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

§5

Szczegóły realizacji usług asystencji osobistej

1. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy uzależnione są od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
2. Z usług jednego Asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden Uczestnik Programu. Dodatkowo zastrzega się, aby Asystent nie świadczył usług asystencji osobistej jednocześnie dwóm osobom zamieszkującym pod tym samym adresem.

3. Limit godzin usług przypadających na jednego Uczestnika uzależniony jest od indywidualnych potrzeb i wynosi nie więcej niż:
 - 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 720 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,
 - 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.
4. Limit godzin pracy asystenta wykonującego usługi asystenckie w miesiącu nie może przekroczyć 120 godzin w przypadku asystentów pracujących dodatkowo na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej oraz 200 godzin dla osoby niepracującej. Ponadto asystent może świadczyć usługi maksymalnie u 2 osób niepełnosprawnych w miesiącu.
5. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usługi nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
6. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Uczestnika lub czas czynności wykonywanych wraz z uczestnikiem poza domem, bez czasu dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania/pobytu osoby niepełnosprawnej.
7. Uczestnik zobowiązany jest aktualizować zgłoszenie do Programu, w każdym przypadku zmiany danych z nim związanych.
8. Zarówno Asystent jak i Uczestnik jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora o zmianie stanu zdrowia (pobycie w szpitalu sanatorium, wyjeździe do rodziny itp., czyli sytuacjach związanych z nieobecnością Uczestnika w miejscu zamieszkania), ze szczególnym uwzględnieniem objawów mogących świadczyć o zakażeniu COVID-19, grypy, RSV itp.
9. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie lub inne istotne informacje, dotyczące realizacji usługi asystencji osobistej, przyjmowane są drogą pisemną na adres: Ogrodowa 9, 85-039 Bydgoszcz lub w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, Punkt Obsługi Klienta przy ulicy Ogrodowej 9.
10. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się dojazdu do i od uczestnika.
11. Asystent przerywa realizację usługi, jeżeli:

- A. zastana sytuacja bądź wykonanie danej czynności zagraża zdrowiu lub życiu Asystenta, Uczestnika lub osób trzecich;
 - B. agresja lub postawa Uczestnika nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami regulaminu;
 - C. zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez Uczestnika zmierzają do łamania prawa.
12. O przypadku wystąpienia okoliczności wskazanych w §5 ust. 11 Asystent niezwłocznie informuje Realizatora.
 13. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno Asystent, jak i Uczestnik zobowiązani są, w miarę swoich możliwości, do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb, a następnie Realizatora.
 14. Asystent posiada identyfikator wydany przez Realizatora, zawierający co najmniej: imię i nazwisko Asystenta oraz pieczęć Realizatora.
 15. W ramach usługi asystencji osobistej możliwy jest zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego Uczestnikowi.
 16. Asystent nie ma prawa wprowadzania do domu Uczestnika Programu osób nieupoważnionych.
 17. W obecności Uczestnika Programu i w jego domu Asystent nie może palić papierosów i e-papierosów, spożywać alkoholu i używać substancji psychoaktywnych.
 18. Asystent zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji, jakie uzyskał w trakcie wykonywania obowiązków, w szczególności do nieujawniania osobom trzecim danych personalnych osób, u których sprawują usługi asystenckie osobistej, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej.

§6

Rozliczanie i monitoring usług asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej świadczone przez Asystentów rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu. Uczestnik Programu lub Przedstawiciel ustawowy Uczestnika oraz Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług asystencji osobistej. Kartę realizacji usług **należy uzupełniać na bieżąco** tj. po wykonaniu każdej usługi asystenckiej.
3. Godziny pracy asystenta wykraczające poza jego miesięczne limity zgodnie z § 5 ust. 4 nie będą podlegały rozliczeniu. Asystent każdorazowo przy składaniu Karty realizacji usług za dany miesiąc zobowiązany będzie do wypełniania oświadczenia dotyczącego realizacji lub podjęcia innej pracy zarobkowej, mającej wpływ na limity godzin oraz liczbę osób, którym mogą świadczyć usługi asystencji osobistej.
4. Koszt trasy przejazdu z Uczestnikiem licząc od jego miejsca zamieszkania i z powrotem jest wliczany w czas pracy Asystenta (rozliczenie na podstawie prawidłowej ewidencji biletów komunikacji publicznej/prywatnej lub ewidencji przebiegu pojazdu stanowiącego własność Asystenta lub pojazdu

- udostępnionego przez osobę trzecią) – załączniki od nr 8 do nr 10 do Regulaminu.
5. Realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu realizacji usługi.
 6. Wyniki monitoringu usług są odpowiednio dokumentowane.
 7. Korzystanie z usług asystencji osobistej oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez Uczestnika na prowadzenie kontroli i monitorowania jakości usług przez Realizatora.

§7

Postanowienia końcowe

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

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do „Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;

Załącznik nr 2 – Oświadczenia uczestnika (tj. osoby, wobec której mają być świadczone usługi asystencji osobistej) do „Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;

Załącznik nr 3 – Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 wskazanie asystenta;

Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej;

Załącznik nr 5 – Klauzula informacyjna RODO Realizatora;

Załącznik nr 6 – Zaświadczenie lekarskie (dot. AOON);

Załącznik nr 7 – Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty pomocy społecznej” – edycja 2023;

Załącznik nr 8 – Ewidencja przebiegu pojazdu;

Załącznik nr 9 – Ewidencja biletów komunikacyjnych;

Załącznik nr 10 – Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką;

Załącznik nr 11 – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

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

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

14. Czy 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**

Uzasadnienie.....

.....

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) ślaniu 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 oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy ze środków Funduszu Solidarnościowego.
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 weryfikującej 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 wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA DO PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a:, informuję oraz oświadczam:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy ze środków Funduszu Solidarnościowego.

2. Oświadczam, że jestem osobą (zaznacz krzyżykiem):

- samotnie zamieszkującą
- wspólnie zamieszkującą z rodziną

3. Oświadczam, że w swoim najbliższym otoczeniu nie mam osoby/osób, które mogłyby mnie wspierać w codziennym funkcjonowaniu (rodzina, sąsiedzi itp.) (zaznacz krzyżykiem):

- TAK
- NIE

3. Status na rynku pracy (zaznacz krzyżykiem):

- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
- bierna zawodowo
- osoba pracująca
- nie dotyczy (w przypadku zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – pomóż

punkt 4

4. W przypadku osoby pracującej:

A. Jakiego rodzaju to praca?

.....

B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)

.....

C. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy?

.....

5. Oświadczam, że korzystam z pomocy społecznej (np. korzystam ze wsparcia w ramach usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych) (zaznacz krzyżykiem):

- TAK
- NIE

6. Oświadczam, że korzystałem/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):
 TAK
 NIE
Jeśli TAK, w którym roku :.....
7. Oświadczam, iż korzystam obecnie ze wsparcia w podobnym zakresie (usługi opiekuńcze, specjalistyczne, asystenckie) w ramach innych środków niż Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):
 TAK, jeśli TAK to w jakim projekcie
 NIE
8. Oświadczam, iż korzystam z usług asystencji osobistej w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanym przez inny podmiot (zaznacz krzyżykiem):
 TAK, jeśli TAK to w jakim podmiocie
 NIE
9. Oświadczam, że wychowuję się w rodzinie z więcej niż jednym dzieckiem niepełnosprawnym (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
 TAK
 NIE
 nie dotyczy
10. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym przez jednego rodzica (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
 TAK
 NIE
 nie dotyczy
11. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym w rodzinie zastępczej (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
 TAK
 NIE
 nie dotyczy
12. Oświadczam, że poinformuję Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

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

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

Ja, niżej podpisany/a
wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Panią/Pana:
Imię i nazwisko asystenta:
Adres:
Telefon:

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent spełnia jeden z niżej wymienionych warunków:

- posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (w załączeniu kserokopia zlecenia w formie umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę),

oraz jest w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny¹⁾, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia²⁾.

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)

Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby niepełnosprawnej:

.....
(data i czytelny podpis asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

¹⁾ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

²⁾ art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

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.

Bydgoszcz, dn. _____ 2023r.

czytelny podpis

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

W związku z realizacją wymogów 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), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest:
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. Ogrodowej 9, 85-039 Bydgoszcz.
2. W sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą e-mail: iod@mopsbydgoszcz.pl
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie przepisów prawa, które określa art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym oraz na podstawie 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 przetwarzane w celu przyjęcia Państwa zgłoszenia do udziału w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 i tym samym w celu realizacji Programu i wynikających z niego obowiązków, co jest zadaniem realizowanym w interesie publicznym.
5. Państwa dane osobowe będą przekazywane wyznaczonym osobom, z którymi zawarta została umowa na świadczenie usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023” oraz mogą zostać przekazane podmiotom realizującym świadczenie w imieniu Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych, Wojewodzie Łódzkiemu 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.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celu 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.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
 - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych,
 - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych,
 - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - e) prawo do przenoszenia danych,
 - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
10. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Bydgoszcz, dn.....

czytelny podpis.....

Bydgoszcz, dnia _____

Pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczam, że nie ma przeciwwskazań, do wykonywania obowiązków asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Panią/Pana*:

_____ ur. _____
zamieszkałej/ego w _____ ul. _____

Podstawowy zakres czynności asystenta:

- wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (pomoc w sprzątaniu, dokonywaniu zakupów, mycie okien, pranie i prasowanie odzieży, pościeli itp.);
- wsparcie w czynnościach samoobsługowych (mycie głowy, ciała, kąpiel, zmiana pozycji osoby niepełnosprawnej, zapobieganie odleżynom itp.);
- wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (pchanie wózka osoby niepełnosprawnej, pomoc pokonywaniu barier architektonicznych, pomoc w orientacji przestrzennej itp.);
- wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (wyjścia na spacer, asystowanie osobie niepełnosprawnej w wydarzeniach kulturalnych, załatwianie spraw urzędowych itp.).

Podpis i pieczęć lekarza

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Karta realizacji usług asystenta osobistego (*imię i nazwisko*):

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2023 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł zł (300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę 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 w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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)×(9) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
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

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

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc:

1	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania biletów	Liczba pobranych biletów	Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną	6	Podpis asystenta	8

.....
Data i podpis asystenta

.....

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

EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU, np. TAKSÓWKĄ ^{1,2)}

za miesiąc f.

L.p.	Data podróży	Cel podróży	Wartość przejazdu zł gr	Podpis asystenta
1	2	3	4	5
Razem				

1) do ewidencji należy dołączyć dowód poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd,

2) zakres realizacji usług: w granicach administracyjnych województwa kujawsko-pomorskiego.

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

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) wsparcie 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

- 2) 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 wnoszeniu 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)

- 3) 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 ;
- 4) 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

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości i stosowania

.....

(Czytelny podpis asystenta)