

ZARZĄDZENIE Nr 1/2024

Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach
z dnia 08. Stycznia 2024 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu Rekrutacji i Realizacji resortowego Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego- edycja 2024”**

Na podstawie art. 18 ust 1 pkt 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 poz. 901 z późn. zm.) **Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach zarządza, co następuje:**

§ 1

Wprowadza się w Gminnym Ośrodku Pomocy społecznej w Małdytach Regulamin Rekrutacji i Realizacji resortowego programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego- edycja 2024” w brzmieniu stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

KIEROWNIK
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Małdytach

Ariel Dołęgowski

**REGULAMIN REKRUTACJI I REALIZACJI PROGRAMU „ASYSTENT
OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” - EDYCJA 2024,
FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO**

§1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin ustala zasady realizacji świadczenia usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2024 przez Gminę Małdyty, gdzie realizatorem Programu jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach ul. Kopernika 13B, 14-330 Małdyty, zwanym dalej „Ośrodkiem”.
2. Podstawą realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanej dalej usługą asystenta, jest Program „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2024, zwany dalej Programem.
3. Świadczenie usługi o której mowa w pkt. 1, odbywa się w oparciu o Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024, zwany dalej Programem, który finansowany jest w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Program będzie realizowany na terenie Gminy Małdyty od dnia zawarcia umowy na realizację pomiędzy Wojewodą Warmińsko-Mazurskim a Gminą Małdyty do dn. 31.12.2024r.
5. Odbiorcami usługi są mieszkańcy Gminy Małdyty.
6. Usługa realizowana jest przez asystentów osób niepełnosprawnych zwanych dalej „Asystentami”.
7. W czasie wykonywania usługi dopuszcza się zatrudnienie asystentów wykonujących usługę asystencką dla jednej osoby jak i dla dwóch osób niepełnosprawnych uczestniczących w Programie.
8. Program zapewnia realizację usługi asystenta mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystencji osobistej są zgodne z zapisami zawartymi w części IV pkt. 10 Programu.

Rekrutacja do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2024

W 2024 r. w ramach Programu usługami asystenta na terenie Gminy Małdyty zostanie objętych 8 osób z niepełnosprawnością w tym:

- ✓ 1 osoba z o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne); przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją
- ✓ 6 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ✓ 1 osoba z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną

Powyższe ilości osób mogą być zmieniane w czasie trwania Programu.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności powinno być wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenia równoważne do wyżej wymienionego.

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

2. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie następujących dokumentów:

- a) „Karty zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 7 do Programu Ministra Rodziny Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024
- b) kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- c) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO– wzór klauzuli stanowi załącznik nr 12 do Programu Ministra Rodziny Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 oraz załącznik nr 1 do Regulaminu
- d) oświadczenia uczestnika Programu – zał. Nr 2 do Regulaminu

3. W przypadku wskazania przez Uczestnika Programu osoby na Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, oświadczenie osoby niepełnosprawnej/opiekuna osoby niepełnosprawnej, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej oraz o braku pokrewieństwa Uczestnika z Asystentem - wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

4. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualny w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością

5. Dokumenty należy składać w formie papierowej w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach ul. Kopernika 13B, 14-330Małdyty, w pok. nr 1 w godzinach urzędowania (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7.00 do 15.00).

6. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.

7. Zgłoszenia do Programu będą rozpatrywane przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Kierownika Ośrodka.

O zakwalifikowaniu do Programu będą brane pod uwagę:

| | | |
|--|---------------|-----------|
| ✓ samotne zamieszkiwanie | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| ✓ brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na wiek, stan zdrowia bądź aktywizację zawodową, inne | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| ✓ uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| ✓ korzystanie z usług opiekuńczych | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| ✓ samodzielne poruszanie się w domu | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| ✓ samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| ✓ inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąsiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne) | od 0 do 5 pkt | |

8. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami asystenta.

9. W przypadku osób, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, będzie decydowała informacja/opinia pracownika socjalnego o funkcjonowaniu tej osoby w środowisku.

10. Komisja Rekrutacyjna sporządzi protokół z posiedzenia oraz „Kartę Oceny do zakwalifikowania w Programie” stanowiącą Załącznik Nr 3 do Regulaminu.

11. Osoby, które złożą dokumenty po upływie terminu rekrutacji, zostaną umieszczone na liście rezerwowej pod pierwszą wolną pozycją.

12. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Ośrodka.

13. Po wyczerpaniu limitu dostępnych miejsc w Programie osoby zgłaszające chęć udziału zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby objętej usługami asystenta, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

**Zasady uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

1. Zgodnie ze złożonym wnioskiem i przyznanymi środkami na realizację zadania dla Gminy Małdyty, maksymalny limit godzin dla 1 osoby niepełnosprawnej wynosi:

- ✓ 400 godzin rocznie dla niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ✓ 384 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
- ✓ 321 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne)

Powyższe limity mogą być zmieniane w czasie trwania Programu.

2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.

3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.

4. Za realizację usługi asystencji osobistej, uczestnik nie ponosi odpłatności.

5. Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie w zależności od potrzeb i możliwości Uczestnika a także katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

6. W przypadku, gdy usługa asystenta jest świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych 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; wymagane jest także:

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

7. Wzór karty zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu stanowi załącznik nr 8 do Programu.

8. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

9. Każdy z uczestników Programu zobowiązany jest do informowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach w trakcie trwania Programu o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

10. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza teren Gminy Małdyty uczestnik Programu składa pracownikowi Ośrodka oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.

11. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

12. Zarówno Uczestnik jak i Asystent biorąc udział w Programie, wyrażają zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami z części IV pkt. 29 Programu.

§4

Postanowienia końcowe

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.

3. W innych nie wynikających z zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ani niniejszego regulaminu sprawach decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach.

4. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.

.....
miejsowość data

.....
imię i nazwisko
osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....
.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na¹:

mojego osobistego asystenta,
asystenta mojego podopiecznego

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

asystenta mojego dziecka

imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią

imię i nazwisko asystenta

dane kontaktowe wskazanego asystenta (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

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

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje
razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem²,

- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka²

usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/
opiekuna ustawowego

¹ zaznaczyć właściwe

² niepotrzebne skreślić

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/stożek niepełnosprawności:
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
- 3) zaburzenia psychiczne ,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

11. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <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. 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) sianie 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 (towarzystwo 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. GOPS, 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

**Karta oceny do zakwalifikowania w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

.....
Imię i nazwisko

.....

.....

Adres

.....

Telefon

.....

Stopień niepełnosprawności

- | | | |
|---|---------------|------------|
| 1. Samotne zamieszkiwanie | TAK 5 pkt. | NIE 0 pkt* |
| 2. Brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na stan zdrowia bądź aktywizację zawodową | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| 3. Uczestniczenie w placówkach wsparcia dziennego | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 4. Korzystanie z usług opiekuńczych | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 5. Samodzielne poruszanie się w domu | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 6. Samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| 7. Inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąsiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne, inne - istotne) | od 0 do 5 pkt | |

.....

.....

.....

.....

Ilość uzyskanych pkt.

Podpisy Komisji

1.

2.

3.

4.

Małyty, dnia

* Niepotrzebne skreślić

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024**

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

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

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

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
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów

z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ;

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;

c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;

d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;

e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;

f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;

b) wyjście na spacer ; Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ;
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Małydyty, dnia

KLAUZULA INFORMACYJNA

ogólna

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Małdytach z siedzibą przy ul. Kopernika 13B, 14-330 Małdyty, adres e-mail: gops@gopsmaldyty.pl.

2. Inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora jest Agnieszka Szoltysek. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się pod adresem: iod.gopsmaldyty@grupaformat.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

4. Państwa dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla realizacji celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa – kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Małdytach, bądź do czasu wycofania zgody na przetwarzanie danych, w przypadku, gdy ich przetwarzanie odbywa się na podstawie takiej zgody.

5. W zakresie i granicach określonym w RODO w związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych

posiadają Państwo następujące prawa:

- ✓ dostępu do treści swoich danych,
- ✓ prawo do ich sprostowania,
- ✓ prawo do ograniczenia przetwarzania,
- ✓ prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.

6. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy prawa.

7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Odmowa podania danych osobowych może skutkować brakiem możliwości realizacji wskazanych wyżej celów.

8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

9. Państwa dane będą przekazywane odbiorcom danych w zakresie wynikającym z przepisów prawa oraz podmiotom, takim jak: kancelarie prawne, zewnętrzni dostawcy systemu informatycznego, partnerzy świadczący usługi techniczne (np. remontowe), przedsiębiorcy telekomunikacyjni, banki, urzędy skarbowe, firmy ubezpieczeniowe, sądy, prokuratorzy, komornicy, firmy windykacyjne, organy administracji publicznej, policja, straż miejska i inne uprawnione służby.

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

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu. W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. 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 2 osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Małdyty, dnia