

Załącznik
do Zarządzenia Nr 15/2023
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie
z dnia 14 marca 2023 r.

**REGULAMIN
REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” - EDYCJA 2023**
(zwany dalej „Regulaminem”)

I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, zwanym dalej „Programem”.
2. Źródłem finansowania Programu są środki ujęte w planie finansowym Funduszu Solidarnościowego na 2023 rok. Dysponentem środków Funduszu jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.
3. Dla mieszkańców miasta Kutno Program realizuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie, zwany dalej MOPS w Kutnie.
4. Okres realizacji Programu: **15.03.2023 r.-20.12.2023 r.**

II. Warunki uczestnictwa w Programie

1. Planowana liczba uczestników:
 - 34 osoby, z zastrzeżeniem pkt 2-3.
2. Uczestnikami Programu mogą być wyłącznie mieszkańcy miasta Kutna.
3. Uczestnikami Programu mogą być:
 - 1) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem 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;
 - 2) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - c) 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.

4. Dodatkowym założeniem jest, aby minimum 70% uczestników Programu stanowiły osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, tj.:
 - 1) osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz
 - 2) dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
 - w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności) i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją.

III. Zakres usług świadczonych w ramach Programu

1. Program zapewnia usługi asystencji osobistej świadczone uczestnikom przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”.
2. Program ma zapewniać:
 - 1) poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
 - 2) wsparcie osobom niepełnosprawnym oraz pomoc adekwatną do potrzeb;
 - 3) uczestnictwo osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.;
 - 4) zwiększenie wsparcia asystenckiego dla niepełnosprawnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.
3. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na pomocy asystenta w:
 - 1) wykonywaniu przez uczestnika czynności dnia codziennego;
 - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - 3) załatwianiu przez uczestnika spraw urzędowych;
 - 4) korzystaniu przez uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa);



- 5) zaprowadzaniu i odebraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej (z zastrzeżeniem, że usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi).
4. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
5. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby niepełnosprawnej, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby niepełnosprawnej.
6. W trakcie 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w pkt 3, finansowane ze środków publicznych.
7. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tę 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.
8. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług 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.
9. Program przewiduje refundację kosztów poniesionych przez asystenta związanych bezpośrednio z realizacją usług asystencji osobistej dotyczących:
 - 1) zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu;
 - 2) zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz kosztów przejazdów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu, np. taksówką, w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu;
10. Koszty, o których mowa pkt 9 podlegają zwrotowi w kwocie:
 - 1) nie większej niż 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej;



- 2) nie większej niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.

IV. Zasady rekrutacji

1. Pierwszy etap rekrutacji – realizowany w terminie **15.03.2023 r. -28.03.2023 r.** obejmuje:

- 1) zgłoszenie do MOPS w Kutnie potrzeby skorzystania z usług asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach Programu z zastrzeżeniem pkt 2-3;
- 2) zgłoszenia, o którym mowa w pkt 1, należy dokonać osobiście w siedzibie MOPS w Kutnie lub pocztą tradycyjną, w wyjątkowych sytuacjach telefonicznie:
 - adres: ul. Warszawskie Przedmieście 10A, 99-300 Kutno;
 - osoba do kontaktu: Małgorzata Czarnecka – starszy inspektor w Zespole Metodyczno-Analitycznym;
 - (24) 253-44-46 wew. 133;
- 3) przygotowanie dokumentów - osoba zgłaszająca zobowiązana jest do:
 - a) wypełnienia karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu;
 - b) wypełnienia karty zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Regulaminu;
 - c) wypełnienie oświadczenia osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do Regulaminu;
 - d) przedłożenie kopii dokumentów na potwierdzenie spełniania kryteriów, o których mowa w części II pkt 3 Regulaminu (np. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności);
 - e) zapoznania się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych w ramach Programu i podpisania formularza wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do Regulaminu;
- 4) wizytę pracownika socjalnego MOPS w Kutnie w miejscu zamieszkania osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu



„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 celem weryfikacji uprawnień do udziału w Programie oraz określenia rodzaju i zakresu godzinowego usług dla danej osoby na podstawie dokonanych ustaleń (m.in. w odniesieniu do sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej, zdrowotnej) – wzór protokołu z wizyty pracownika socjalnego określono w załączniku nr 5 do Regulaminu.

2. Drugi etap rekrutacji – realizowany w terminie **29.03.2023 r. -31.03.2023 r.** obejmuje:

- 1) posiedzenie komisji powołanej zarządzeniem Dyrektora MOPS w Kutnie celem:
 - a) dokonania wyboru uczestników Programu, z zastrzeżeniem pkt 3-5;
 - b) sporządzenia listy rezerwowej spośród przyjętych zgłoszeń;
 - c) sporządzenia listy osób niekwalifikujących się do udziału w Programie;
- 2) poinformowanie osób wnioskujących o udział w Programie o wynikach posiedzenia komisji telefonicznie na numer kontaktowy wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu;
- 3) rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem pkt 4;
- 4) w Programie określono następujące limity godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na 1 uczestnika wynoszące nie więcej niż:
 - a) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - b) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - c) 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - d) 360 godzin rocznie dla:
 - osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 - dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem 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;

- 5) przy wyborze uczestników będzie uwzględnione kryterium, o którym mowa w części II pkt 4 Regulaminu.
3. W przypadku rezygnacji lub wykreślenia uczestnika z Programu komisja, o której mowa w pkt 2 ppkt 1, wskazuje osobę z listy rezerwowej do udziału w Programie.
4. Po zakończeniu etapu rekrutacji zainteresowani mają możliwość wnioskowania o przyznanie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu.

V. Kto może świadczyć usługi asystencji osobistej

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby **niebędące członkami rodziny uczestnika**. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
2. Asystentem osoby niepełnosprawnej może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego spełniająca co najmniej jeden z poniższych warunków:
 - 1) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
 - 2) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu. Posiadanie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć nie tylko umowy cywilnoprawne, ale również umowy o pracę.
3. 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 Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

VI. Uprawnienia i obowiązki uczestnika Programu

1. Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi asystenta osobistego.
2. Uczestnik zobowiązany jest do:
 - 1) korzystania z usług asystenta zgodnie z wytycznymi Programu i niniejszego Regulaminu oraz ogólnie przyjętymi normami współżycia społecznego;
 - 2) potwierdzania wykonania usługi w każdym dniu korzystania z niej poprzez złożenie podpisu na karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, której wzór określono w załączniku nr 6 do Regulaminu;
 - 3) bieżącego informowania MOPS w Kutnie o wszystkich zdarzeniach mogących mieć wpływ na korzystanie ze wsparcia asystenta w ramach Programu lub na realizację usług przez asystenta:
 - osoba do kontaktu: Małgorzata Czarnecka – starszy inspektor w Zespole Metodyczno-Analitycznym, tel. (24) 253-44-46 wew. 133.
3. Usługi asystencji osobistej podlegają doraźnej kontroli i monitorowaniu bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
4. Usługi asystencji osobistej będą realizowane przez asystentów zgodnie z miesięcznym harmonogramem wykonania usług asystencji osobistej ustalonym wspólnie przez MOPS w Kutnie, asystenta oraz uczestnika Programu, według wzoru określonego w załączniku nr 7 do Regulaminu.

VII. Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieuregulowane w Regulaminie będą rozstrzygane m.in. na podstawie Programu.
2. MOPS w Kutnie zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu w każdym czasie.
3. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załączniki:

- 1) karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;
- 2) karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;
- 3) oświadczenie osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;
- 4) klauzula informacyjna w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;
- 5) wzór protokołu z wizyty pracownika socjalnego;
- 6) karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023;
- 7) wzór harmonogramu wykonania usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

***/-/ Halina Szatkowska
p.o. Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kutnie***

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Wykształcenie:

.....

6. Zawód wyuczony:

.....

7. Status na rynku pracy:

.....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐,

3) zaburzenia psychiczne ☐,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp. ☐

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

**Poza miejscem
zamieszkania** ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp. ☐

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

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

II. ŚRODOWISKO:

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

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

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

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

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątanii 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 oparzeń ☐;
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐;
 - h) staniu 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 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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.

4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze 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.

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:

- 5) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - i) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐.
 - j) czesaniu ☐.
 - k) goleniu ☐.
 - l) obcinaniu paznokci rąk i nóg ☐.
 - m) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ☐.
 - n) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐.
 - o) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐.
 - p) staniu łóżka i zmianie pościeli ☐.
- 6) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐.



- b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
 - c) myciu okien☐;
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
- 7) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
 - f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta☐;



- 8) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer ☐;
 - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
 - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐;
 - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
 - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐;
 - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ☐;
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

Miejscowość, dnia

**Oświadczenie osoby wnioskującej o wsparcie w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023**

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie obowiązany jest do przeprowadzania doraźnych kontroli i monitorowania świadczenia tych usług. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej.
2. Zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie <<Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej>> - edycja 2023”, a także zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 dostępna jest na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie pod adresem www.mops.kutno.pl w zakładce - Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2023.
4. Zostałem/am poinformowany/a, iż w trakcie 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące wsparcie analogiczne do świadczonego w ramach Programu, finansowane ze środków publicznych.
5. Na asystenta wskazuję Pana/Panią:

.....,
(imię i nazwisko wskazanej osoby)

tel.

6. Osoba wskazana w pkt 5:

- 1) nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę

pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem);

2) spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

- a) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta*;
- b) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu*.

7. Zostałem/am poinformowany/a, że:

- 1) z chwilą zakwalifikowania mnie do udziału w Programie, osoba wskazana w pkt 5 niniejszego oświadczenia zobowiązana jest do dostarczenia do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie dokumentów na potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w pkt 6 ppkt 2;
- 2) posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 6 ppkt 2 lit. b, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć nie tylko umowy cywilnoprawne, ale również umowy o pracę.

Kutno, dnia

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

.....
(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 i art.14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie z siedzibą przy ul. Warszawskie Przedmieście 10 a, 99-300 Kutno.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mops.kutno.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kutnie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Łódzkiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
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” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Miejscowość, dnia.....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (należy wskazać nazwę gminy/powiatu) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 12 do Programu.

Protokół z wizyty środowiskowej kwalifikującej do uczestnictwa w Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

6. Czy porusza się Pan(i) z pomocą sprzętów ortopedycznych - **Tak**☐/**Nie**☐

7. Jeśli tak, to jakiego ?

.....

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

9. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

.....

10. Jakie czynności wykonuje Pan(i) samodzielnie?

.....

.....

.....

11. Jaka jest Pana(i) sytuacja rodzinna i mieszkaniowa: Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak**☐/**Nie**☐

a) czy osoby zamieszkujące wspólnie z Panem/Panią są aktywne zawodowo:

.....

.....

.....

b) w jakich czynnościach pomagają Panu/Pani współmieszkańcy:

.....
.....
.....
.....
12. Czy ma Pan(i) rodzinę zamieszkującą oddzielnie? - **Tak**☐/**Nie**☐

13. Czy członkowie Pana(i) rodziny zamieszkujący oddzielnie świadczą na Pana(i) rzecz pomoc? –
Tak☐/**Nie**☐

a) Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie?

.....
.....
14. W jakich czynnościach oczekuje Pan/Pani wsparcia asystenta:

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

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

.....
.....
Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis pracownika socjalnego)

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

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

.....

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.						



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



Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						

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.

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

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Harmonogram wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

Lp.	Planowana data realizacji usług asystenta	Planowana liczba godzin	Planowane godziny usługi (od – do)	Uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				



Lp.	Planowana data realizacji usług asystenta	Planowana liczba godzin	Planowane godziny usługi (od – do)	Uwagi
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

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

.....
Data i podpis asystenta
Zatwierdzam:

Sporządził/a

.....
(Podpis Dyrektora MOPS w Kutnie)