

**Zarządzenie Nr 8/2024**

**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iławie**

**z dnia 15 lutego 2024 r.**

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”- edycja 2024” w Gminie Miejskiej Iława realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie**

Na podstawie § 9 ust. 3 lit. d Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iławie stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 54/2017 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iławie z dnia 29 grudnia 2017 r. zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Wprowadzam Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnościami”- edycja 2024 przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia

**§ 2**

Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Pomocy Środowiskowej

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia

**/-/Grażyna Kemska  
Dyrektor  
Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej  
w Iławie  
Iława, dnia 15-02-2024 r.**

## **Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024 w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łławie**

### **§ 1**

#### **Definicje**

1. **Asystent** - Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.
2. **Beneficjent** – Gmina Miejska Łława / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łławie ul. Grunwaldzka 6A, 14-200 Łława.
3. **Kandydat** - osoba ubiegająca się o uczestnictwo w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie.
4. **Ośrodek, MOPS** – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łławie.
5. **Program** - Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
6. **Uczestnik** - osoba zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami ujętymi w niniejszym Regulaminie.

### **§ 2**

#### **Postanowienia ogólne**

1. Niniejszy Regulamin określa zasady rekrutacji do Programu oraz zasady uczestnictwa w Programie.
2. Regulamin określa prawa i obowiązki Uczestnika Programu oraz Beneficjenta.
3. Program realizowany będzie przez Gminę Miejską Łława / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łławie do 15.12.2024 r.
4. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024.
5. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Łława.
6. Obsługą Programu zajmuje się pracownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łławie ul. Grunwaldzka 6A, 14-200 Łława.
7. Udział w Programie jest bezpłatny dla Uczestników Programu.

### **§ 3**

#### **Kryteria uczestnictwa**

1. Usługi asystenta osobistego przyznawane i realizowane będą zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024.
2. Uczestnikiem Programu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria:
  - a) zamieszkuje na terenie miasta Łława;
  - b) legitymuje się:
    - orzeczeniem o stopniu znacznym lub
    - orzeczeniem o stopniu umiarkowanym lub
    - traktowanym na równi do wyżej wymienionych zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573) lub
    - w przypadku dzieci do 16. roku życia - 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;

- c) wymaga wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
3. Osoba, która chce być uczestnikiem Programu zobowiązana jest złożyć w siedzibie Ośrodka we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne:
  - a) kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024 stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu
  - b) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności;
  - c) klauzule informacyjne RODO stanowiące załączniki do karty zgłoszenia.
4. Niekompletne zgłoszenia tj. bez wymaganych załączników nie będą rozpatrywane.

#### § 4

##### Zasady rekrutacji

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane będą w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łławie przy ulicy Grunwaldzkiej 6A w sposób ciągły.
2. Dokumenty rekrutacyjne muszą zostać opatrzone własnoręcznym podpisem Kandydata lub opiekuna prawnego.
3. Karty zgłoszenia do Programu wraz z pozostałą dokumentacją rekrutacyjną są rejestrowane według kolejności zgłoszeń.
4. Złożenie karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Beneficjenta **nie jest równoznaczne** z zakwalifikowaniem Kandydata do Programu.
5. Beneficjent planuje w ramach realizowanego Programu objęcie wsparciem osoby spełniające warunki Programu.
6. Liczba osób objętych wsparciem w ramach Programu, będzie uzależniona od przyznanych środków na realizację Programu.
7. Gmina miejska Łława przyznając usługi asystencji osobistej, **w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby:**
  - a) osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnościami sprzężonymi ;
  - b) osób posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
  - c) dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności;
  - d) osób z niepełnosprawnościami **samotnie zamieszkujących**, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (nie dotyczy dzieci);
  - e) osób, które **nie korzystały** z usług asystencji osobistej w ramach poprzednich edycji Programu oraz w ramach innych projektów;
  - f) osób, które **nie korzystają** aktualnie z dodatkowego wsparcia np. w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, uczestnictwa w dziennych ośrodkach wsparcia.
8. W trakcie procesu rekrutacji, nie mniej niż minimum 70 % zrekrutowanych do Programu osób stanowić będą osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia tj. dzieci oraz osoby legitymujące się znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnościami sprzężonymi (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności) i trudnościami związanymi

- z mobilnością i komunikacją.
9. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista rankingowa osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają kryterium dostępu i wymagania formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.
  10. Realizator Programu powiadomi wnioskodawcę o zakwalifikowaniu do Programu. Uczestnik zakwalifikowany do Programu otrzyma informację o przyznaniu pomocy w formie usług asystencji w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2024, w którym zostanie określony okres usługi i ilość godzin.
  11. Za proces kwalifikacji do Programu odpowiedzialna będzie osoba wyznaczona przez Kierownika Działu Pomocy Środowiskowej, która stworzy listę osób zakwalifikowanych do programu zatwierdzoną przez Dyrektora. Pozostali uczestnicy zostaną wpisani na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie kierowana kolejna osoba z listy rezerwowej.
  12. Dokumentacja kwalifikacyjna do Programu nie podlega zwrotowi i będzie przetwarzana i przechowywana zgodnie z 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 oraz uchylenia dyrektyw 95/46WE (RODO).
  13. W przypadku zakwalifikowania się, jak i niezakwalifikowania do Programu, nie jest wydawana decyzja administracyjna i nie przysługuje od niej odwołanie.

## **§ 5**

### **Prawa i obowiązki Uczestnika Programu**

1. Uczestnik Programu ma prawo do:
  - 1) wskazania w pierwszej kolejności, asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji z zastrzeżeniem, że nie mogą to być osoby będące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem (do karty zgłoszenia należy dołączyć oświadczenie stanowiące załącznik nr 6 do Regulaminu);
  - 2) korzystania z usługi asystenckiej w wymiarze i zakresie ustalonym przez Beneficjenta;
  - 3) bycia traktowanym przez asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych;
  - 4) poszanowania jego uczuć i światopoglądu, a także poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania usługi asystenckiej, jeśli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem;
  - 5) wymagania od asystenta świadczenia usług w sposób sumienny i staranny oraz wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 6) zachowania przez asystenta tajemnicy w zakresie danych i informacji oraz sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej Uczestnika lub / i członków rodziny lub / i osób zamieszkujących wspólnie z Uczestnikiem;
  - 7) otrzymywania informacji o nieobecności asystenta lub o jego / jej zastępstwie przekazanej przez asystenta lub Beneficjenta;
  - 8) przekazywania uwag dotyczących sposobu realizacji i jakości świadczonych na jej rzecz usług oraz zgłaszania ich asystentowi oraz Beneficjentowi.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do:
  - 1) współpracy z Ośrodkiem oraz asystentem przy realizacji usług asystencji osobistej w miarę jego możliwości;
  - 2) traktowania asystenta z należyтым szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
  - 3) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z asystentem oraz niewykorzystywania relacji z asystentem do realizacji własnych interesów;
  - 4) współpracy z asystentem bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.;
  - 5) wymagania od asystenta jedynie tych zadań, które zostały uwzględnione w zakresie czynności w ramach usług asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024;
  - 6) umożliwienie asystentowi wejście do mieszkania w ustalonych godzinach realizacji usługi, jeżeli usługa asystenta ma być świadczona w mieszkaniu Uczestnika;
  - 7) potwierdzania własnoręcznym podpisem na karcie realizacji usług asystenta w ramach Programu oraz innych dokumentach związanych z uczestnictwem i korzystaniem z formy wsparcia wykonania usługi przez asystenta. W przypadku odmowy podpisania karty realizacji usługi Uczestnik jest obowiązany podać powód odmowy. Asystent odnotowuje odmowę podpisania karty i powód odmowy;
  - 8) niezwłocznego przekazania Beneficjentowi lub asystentowi informacji o planowanych, a także nieprzewidzianych nieobecnościach, powodujących brak możliwości realizacji usługi asystenckiej;
  - 9) respektowania zasad Programu oraz niniejszego Regulaminu.
3. Realizator zastrzega sobie możliwość:
  - 1) przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin niż wnioskowana przez niego w zgłoszeniu;
  - 2) zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznaczonych godzin;
  - 3) 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;
  - 4) zmiany asystenta świadczącego usługi w danym środowisku w uzasadnionych przypadkach.

## **§ 6**

### **Realizacja usług asystenta**

1. Realizacja usług asystenta odbywać się będzie zgodnie z ustaleniami między Uczestnikiem i asystentem.
2. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje Uczestnika Programu oraz opiekuna prawnego.
3. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
4. W czasie wykonywania usługi asystent może zajmować się tylko jednym Uczestnikiem Programu.
5. 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, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków

publicznych.

6. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta 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.
7. 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.
8. Asystent ma prawo odmówić realizacji usługi:
  - 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Uczestnika, asystenta lub osoby trzeciej;
  - 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
9. Niewywiązanie się przez Uczestnika z obowiązków określonych w niniejszym Regulaminie, może skutkować skreśleniem z uczestnictwa w Programie. O skreśleniu z uczestnictwa w Programie decyduje Dyrektor Ośrodka.
10. Realizator Programu obowiązany jest monitorować świadczenie usług asystencji osobistej oraz dokonywać doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej.

## **§ 7**

### **Warunki rezygnacji z uczestnictwa w Programie**

1. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie może nastąpić w trakcie jego trwania w każdej chwili.
2. Każdy Uczestnik rezygnujący z udziału w Programie zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu z podaniem powodu rezygnacji.

## **§ 8**

### **Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łławie zgodnie z zasadami określonymi w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2024 ogłoszonego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
3. W uzasadnionych przypadkach, Beneficjent zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu oraz zapoznania się z Klauzulą informacyjną „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024
5. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej.
6. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia Zarządzenia przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łławie i obowiązuje do dnia zakończenia realizacji Programu.
7. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie dostępny jest w siedzibie Miejskiego

Ośrodka Pomocy Społecznej w Ławie oraz na stronie internetowej <https://mops.miastoilawa.pl> w zakładce dotyczącej Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024.

Załączniki:

1. Karta zgłoszenia do programu AONN
2. Klauzula informacyjna RODO Ministerstwo
3. Klauzula informacyjna RODO MOPS Ława
4. Protokół kontroli
5. Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie
6. Oświadczenie dotyczące wskazania asystenta

**/-/Grażyna Kemska**  
**Dyrektor**  
**Miejskiego Ośrodka**  
**Pomocy Społecznej**  
**w Ławie**  
**Ława, dnia 15-02-2024 r.**

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2024**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Status na rynku pracy: .....
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**   
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....
7. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) ,
  - 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
  - 3) zaburzenia psychiczne ,
  - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
  - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
  - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**
11. Czy porusza się Pan(i):

<b>W domu</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
<b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**  / **Nie**



13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

## II. ŚRODOWISKO:

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

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

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: .....

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

a) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie** .

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie** .

c) czesanie **Tak**  / **Nie** .

d) golenie **Tak**  / **Nie** .

- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie**
  - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie**
  - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie**
  - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie**
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie**
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie**
  - k) 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 (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie**
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie**
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie**
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie**
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie**
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie**
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie**
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie**

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

#### **IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

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

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

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

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

#### **V. OŚWIADCZENIA:**

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

Miejscowość ....., data .....

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

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

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

**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](mailto: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 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.

Łąwa, dnia .....

.....  
(podpis uczestnika programu AON  
lub opiekuna prawnego)

**Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iławie**

1. **Administratorem** Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Iławie przy ul. Grunwaldzkiej 6A, 14 -200 Iława.  
Dane kontaktowe: tel. 89 648 41 24; e-mail mops@mops.ilawa.pl
2. **Inspektor Ochrony Danych** – we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych elektronicznie poprzez adres e-mail: iod@mops.ilawa.pl;
3. **Cel przetwarzania danych:** Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. **Podstawa przetwarzania danych:** Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429).
5. **Udostępnianie danych:** Odbiorcami Państwa danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie zawartych umów.
6. **Okres przechowywania danych:** Państwa dane po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizowania obowiązującymi u Administratora.
7. **Źródłem pochodzenia danych osobowych** mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
8. **Uprawnienia:** Osoba, której dane dotyczą ma prawo:
  - dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
9. **Podanie danych osobowych** w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Iława, dnia .....

.....  
(podpis uczestnika programu AOON lub opiekuna prawnego)



Program Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2024  
finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego

## PROTOKÓŁ NR .....

z przeprowadzonej kontroli jakości świadczonych usług w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024

### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy):

.....

3. Adres (miejsce kontroli): Iława, ul. ....

### II. Ocena pracy asystenta

1. Imię i nazwisko asystenta: .....

2. Jak często przychodzi asystent? .....

.....

3. W jakich godzinach / porach dnia przychodzi asystent?

.....

4. Czynności, w jakich pomaga Panu(i) asystent:

- a) pomoc w sprzątaniu mieszkania oraz wynoszeniu śmieci
- b) pomoc w dokonywaniu bieżących zakupów
- c) pomoc w praniu i prasowaniu odzieży i pościeli
- d) wsparcie w utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych
- e) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
- f) słaniu łóżka i zmianie pościeli
- g) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
- h) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
- i) wyjście na spacer
- j) asystowanie podczas obecności w kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, itp.
- k) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych, w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej np. wypełnianie formularzy)
- l) pomoc podczas wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych

Ustalono, że asystent realizuje / nie realizuje\* usługi zgodnie z kartą realizacji usług i zakresem czynności.

\*(niepotrzebne skreślić)

- Uczestnik nie zgłasza zastrzeżeń co do jakości świadczonych usług przez asystenta.
- Uczestnik zgłasza następujące uwagi co do jakości świadczonych usług przez asystenta:

.....

.....

.....

.....

.....

Łąwa, data kontroli: .....2024 r.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Podpis

1. .... – pracownik socjalny .....

2. .... – koordynator Programu .....

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

Ława, .....  
(data)

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko, adres)

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROGRAMIE ASYSTENT  
OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – EDYCJA 2024**

Oświadczam, że z dniem ..... rezygnuję z udziału w programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – edycja 2024.

Powodem mojej rezygnacji jest

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

.....  
(czytelny podpis uczestnika Programu)

.....  
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Imię i nazwisko opiekuna prawnego – jeśli dotyczy

**OŚWIADCZENIE**

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024

Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

**wskazuję**

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu .....

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba: (zaznaczyć X)

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;
- nie zamieszkuje ze mną;

**nie wskazuję asystenta.**

**Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 KK)<sup>(1)</sup>.**

Łława, dnia .....

.....  
Podpis uczestnika Programu lub opiekuna prawnego

1) 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”