

Zarządzenie Nr ^{457/1604}...../...../21
Prezydenta Miasta Koszalina
z dnia 01 lipca 2021 roku

**w sprawie przyjęcia Regulaminu świadczenia i korzystania z usług asystenta osobistego
osoby niepełnosprawnej w ramach realizowanego programu Ministra Rodziny Pracy
i Polityki Społecznej pn. „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”
ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Na podstawie art. 32 ust. 1, w związku z art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020r. poz. 920), zarządzam, co następuje:

- § 1. Przyjmuje się Regulamin świadczenia i korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej realizowanych przez organizację pozarządową w ramach programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”, stanowiący załącznik do zarządzenia.
- § 2. Traci moc Zarządzenie Nr 287/1041/20 Prezydenta Miasta Koszalin z dnia 21 lipca 2020 roku w sprawie przyjęcia Regulaminu świadczenia i korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach realizowanego programu Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”
- § 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.




Piotr Jedliński

Załącznik
do Zarządzenia
Nr 454 / 1504 / 21
Prezydenta Miasta Koszalina
z dnia 01 lipca 2021 roku

Regulamin
świadczenia i korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej
realizowanych przez organizacje pozarządową w ramach programu Ministra Rodziny
Pracy i Polityki Społecznej
pn. „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”

§ 1

Zasady ogólne

1. Regulamin usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwany dalej „Regulaminem”, określa organizację oraz sposób świadczenia usługi Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanej dalej „usługą”, realizowaną przez podmioty wymienione w art. 3, ust.1 i art. 3, ust. 1-3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, zwane dalej „Organizacją Pozarządową”.
2. Realizatorem programu jest Gmina Miasto Koszalin, zwana dalej „Realizatorem”.
3. Odbiorcami usług są dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz do osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego, które wymagają usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, zwanych dalej „Usługobiorcami”.
4. Odbiorcami usług są osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, będące Uczestnikami Programu zwanymi dalej „Usługobiorcami”.
5. Usługi realizowane są przez Asystentów osobistych osób niepełnosprawnych zwanych dalej „Asystentami” zatrudnianymi przez Organizację Pozarządową, wyłonione w drodze konkursu ofert.
6. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta w co najmniej jednej z dziedzin: w przemieszczaniu się, komunikowaniu się poprzez organizowanie i animację czasu

wolnego Usługobiorcy, w czynnościach codziennych, w celu zmniejszenia poczucia osamotnienia i alienacji społecznej.

7. Usługi realizowane będą z uwzględnieniem zasady podmiotowego podejścia do każdego Usługobiorcy, poszanowania jego godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych oraz poufności, mającej na celu poszanowanie prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych w trakcie świadczenia usługi oraz w związku z realizacją usług, a także po jej zakończeniu.
8. Asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej nie może być: członek rodziny, opiekun prawny lub osoba faktycznie zamieszkująca razem z Usługobiorcą.
9. Asystenci są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej.

§ 2

Zgłaszanie potrzeb w zakresie usług asystenckich

1. Usługi asystenckie realizowane będą na rzecz osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie miasta Koszalina, poprzez wspieranie ich w czynnościach wymagających pomocy innych osób.
2. Realizator przyjmuje zgłoszenie na podstawie karty zgłoszenia (załącznik nr 1) oraz ankiety (załącznik nr 2).
3. Zgłoszenia od osób niepełnosprawnych lub ich opiekunów prawnych przyjmowane są drogą pisemną oraz osobiście w siedzibie Organizacji Pozarządowej.
4. Zapotrzebowanie na usługi:
 - a) przyjmowane są pisemnie, osobiście, telefonicznie pod numerem koordynatora usług w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Organizacji Pozarządowej.
 - b) zapotrzebowanie na usługi powinno być zgłaszane przez Usługobiorcę najpóźniej w przeddzień wykonania usługi do godz. 12.00.
5. W uzasadnionych przypadkach Usługobiorca ma prawo do zmiany harmonogramu (daty i/lub godziny) realizacji wcześniej zamówionej usługi. Zmiana wymaga skutecznego poinformowania koordynatora usługi najpóźniej w przeddzień zgłoszonego zapotrzebowania na usługę do godziny 12.00.
6. Dokonywanie przez Usługobiorcę wielokrotnych zmian w harmonogramie usług bez dostatecznego uzasadnienia lub niepoinformowania koordynatora o zmianach może być podstawą do odmowy realizacji usług.
7. Odmowa realizacji usług asystenckich następuje w formie pisemnej, od której nie przysługuje odwołanie.

§ 3

Zakres przedmiotowy usług asystenckich

Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w:

- a) wyjściu , powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/sportowe itp.);
- b) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
- c) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
- d) załatwieniu spraw urzędowych;
- e) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
- f) korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).

§ 4

Czynności nie realizowane przez Asystenta

1. Asystent:
 - nie świadczy usług medycznych,
 - nie podaje leków (np. insuliny),
 - nie sprząta i nie gotuje,
 - nie świadczy czynności pielęgnacyjnych (odstępstwem są przypadki, gdy czynności pielęgnacyjne są związane z udziałem w życiu społecznym).
2. Usługi nie mogą być realizowane w miejscach, w których usługi powinny być świadczone na podstawie odrębnych przepisów lub na terenie placówek zapewniających całodobową opiekę (tj. w szczególności w domach pomocy społecznej, zakładach opieki zdrowotnej). Nie mogą być realizowane również na terenie placówek oświatowych oraz podczas trwania usług opiekuńczych.

§ 5

Dodatkowe obowiązki

Obowiązki Asystenta:

1. Asystent przerywa realizację usługi jeżeli:
 - a) zastana sytuacja bądź wykonanie danego zadania zagraża zdrowiu lub życiu Asystenta, Usługobiorcy lub osób trzecich,
 - b) agresja lub oczekiwania Usługobiorcy nie pozwalają na kontynuowanie usługi zgodnie z zasadami Regulaminu,
 - c) zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez Usługobiorcę zmierzają do łamania prawa,
 - d) pomoc i potrzeby Usługobiorcy zostają zabezpieczone przez inne służby.
2. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych Usługobiorcy w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
3. W uzasadnionych przypadkach Asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując o tym niezwłocznie koordynatora.
4. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno Asystent jak i Usługobiorca zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora.

5. Asystent nie ma prawa świadczyć usług na rzecz Usługobiorcy bez wcześniejszego uzgodnienia tego faktu z koordynatorem Organizacji Pozarządowej.
6. Asystent legitymuje się identyfikatorem wydanym przez Organizację Pozarządową zawierającą co najmniej: imię i nazwisko oraz zdjęcie asystenta, logo oraz adres i telefon Organizacji Pozarządowej, nr i datę ważności identyfikatora.

Obowiązki Usługobiorcy:

1. Usługobiorca ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
2. Usługobiorca nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione w § 3 niniejszego Regulaminu.
3. Usługobiorca może korzystać z usług asystenckich jedynie w sytuacji, kiedy jest to niezbędne. Nie dopuszcza się korzystania z usług Asystenta w charakterze „osoby towarzyszącej”.
4. Usługobiorca lub osoba upoważniona ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usług do koordynatora.

§ 6

Sposób realizacji usług asystenckich

1. Usługi asystenckie realizowane są w czasie i zakresie ustalonym pomiędzy Asystentem a Usługobiorcą.
2. Usługi asystenckie realizowane są na zasadzie współdziałania Asystenta z Usługobiorcą.
3. Zmiana czasu i zakresu usług wymaga każdorazowo ustalenia i potwierdzenia takiej możliwości z Usługobiorcą.
4. Potwierdzeniem wykonania usługi przez Asystenta jest podpis Usługobiorcy na karcie realizacji. Brak podpisu Usługobiorcy na karcie realizacji usług Asystenta może spowodować odmowę świadczonych usług przez Asystenta.
5. Karta realizacji (załącznik nr 3) jest podstawą do rozliczenia świadczenia usługi przez Asystenta.

§ 7

Odpłatność za usługi asystenckie

Usługobiorca:

- a/ nie ponosi kosztów za usługi Asystenta,
- b/ ponosi koszty dodatkowe związane z wykonywaniem usługi (np. bilety wstępu)

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje na czas trwania programu.

2. Przypadki złamania zasad niniejszego Regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane Realizatora.
3. Realizator programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do Regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
4. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
5. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, Usługobiorca i Asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności pomiędzy sobą, w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy koordynatora.
6. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie ostatecznie decyduje Realizator programu.



Piotr Jedliński

**Karta zgłoszenia
do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

E-mail:

- orzeczenie o niepełnosprawności
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: znacznej umiarkowanej*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....
.....

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Nr telefonu:

E-mail:

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość, data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.*

ANKIETA
POTRZEB OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (AOON)

Nazwisko i imię	
Wiek	
Nr telefonu	
Adres zamieszkania	
Kondygnacja	
Sytuacja prawna	<input type="checkbox"/> osoba ubezwłasnowolniona całkowicie
	<input type="checkbox"/> osoba ubezwłasnowolniona częściowo
	<input type="checkbox"/> kurator osoby niesamodzielnej
	<input type="checkbox"/> pełnomocnik
	<input type="checkbox"/> rodzic
Nazwisko i imię przedstawiciela prawnego	
Nr telefonu opiekuna/pełnomocnika	

- osoba samotna
 osoba w rodzinie

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI/DYSFUNKCJE :

- osoba niewidoma
 osoba słabowidząca
 osoba niedosłysząca
 osoba z problemami w komunikacji werbalnej
.....
 osoba niepełnosprawna ruchowo
(porusza się na wózku/porusza się o kulach/porusza się z pomocą innej osoby)
 epilepsja
 inne schorzenia.....

WYSTĘPOWANIE NAGŁYCH ATAKÓW LUB INNEGO RODZAJU DOLEGLIWOŚCI

- Tak
 Nie

Jeśli Tak proszę wskazać rodzaj i częstotliwość
ataków

.....

.....

CZĘSTOTLIWOŚĆ WYCHODZENIA Z DOMU

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- jestem osobą niewychodzącą

BARIERY UTRUDNIAJĄCE WYCHODZENIE Z DOMU/PORUSZANIE SIĘ POZA DOMEM:

- nie dotyczy, nie ma takich barier
- brak poręczy
- brak windy
- schody
- nierówny chodnik/dziury w chodniku
- wysokie krawężniki
- brak podjazdu
- brak ławek do odpoczynku przed dalszą drogą
- brak możliwości podjechania (autobusem/samochodem) pod dom/inne miejsce

CHARAKTERSYTYKA BUDYNKU W KTÓRYM PANI/PAN MIESZKA:

- domek jednorodzinny
- budynek wielopiętrowy: parter/piętro
- budynek wyposażony w windę
- budynek bez windy
- inne

OCZEKUJĘ WSPARCIA ASYSTENTA OSOBISTEGO :

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- okazjonalnie
- jednorazowo

PROSZĘ WSKAZAĆ FORMĘ POMOCY JAKĄ OCZEKUJE PAN/I OD ASYTENTA OSOBISTEGO:

- wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/sportowe itp.)
- wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;

- zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
- załatwieniu spraw urzędowych;
- nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
- korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).

PROSZĘ OKREŚLIĆ W PONIŻSZEJ TABELI Z JAKĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ ORAZ W JAKICH GODZINACH WYCHODZI PAN/I Z DOMU

	Godziny wyjścia	Godziny powrotu	Częstotliwość czynności			
			codziennie	kilka raz w tygodniu	1 x w tygodniu	jednorazowo
Praca/szkoła						
Miejsce pobytu dziennego/ terapie (ŚDS, WTZ, DDP)						
Lekarz/ rehabilitacja/ poradnia						
Urząd						
Imprezy kulturalne /sportowe/ społeczne /rozrywkowe						
Zakupy						
Inne.....						

PROSZĘ OKREŚLIĆ CO W NAJWIĘKSZYM STOPNIU UTRUDNIA PANI/PANU/DZIECKU FUNKCJONOWANIE W ŻYCIU SPOŁECZNYM?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Z JAKIEJ POMOCY NAJCZĘŚCIEJ KORZYSTAŁA/Ł/ŁO PANI/PAN/DZIECKO DO TEJ PORY?

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie Ankiety

**Karta realizacji usług asystenckich
do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

Rozliczenie miesięczne wykonanych usług za okres od do 2021r.

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Imię i nazwisko asystenta:.....

Lp.	data	Ilość godzin	Rodzaj usługi ¹
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lp.	data	Ilość godzin	Rodzaj usługi ¹
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

¹ należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich np. w miejscu zamieszkania, jeśli poza cel usług np. wizyta u lekarza, wyjście na spacer itp.,

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu 2021r. wyniosła godzin.

.....
(Data i podpis asystenta)

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

.....
(Data i podpis uczestnika programu
lub opiekuna prawnego)

**Karta rozliczenia kosztów realizacji usług asystenckich
do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

Dane asystenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu: E-mail:

W związku z faktem poniesienia kosztów przejazdów na terenie miasta Koszalin związanych z wykonywaniem obowiązków asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej do **Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” u Usługobiorców ~~podopiecznych~~**:

1.

2.

3.

4.

wnoszę o zwrot kosztów dojazdów za miesiąc w wysokości: zł (słownie złotych:

.....) z tytułu zakupu biletów komunikacji miejskiej/paliwa do samochodu.

Do niniejszego wniosku dołączam dowody poniesienia kosztu:

1. Faktura/Rachunek nr z dnia (numer, data wystawienia);

2. Bilety: ilość sztuk: łączna kwotazł (słownie w złotych:).

Proszę o dokonanie refundacji kosztu:

1. Przelewem na konto nr

2. Gotówką w kasie.

Powyższe oświadczenie składam świadoma/y, iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność karna.

.....
(Data i podpis asystenta)