



Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 ze środków Funduszu Solidarnościowego

Podstawa prawna Programu:

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

§1

Informacje ogólne

1. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 na terenie miasta Koszalina jest Spółdzielnia Socjalna „Feniks” - zwana dalej „Realizatorem”, która działa zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023, ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Programem”.
2. Program realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Osoba niepełnosprawna zwana dalej „Uczestnikiem Programu” nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
4. Usługi asystencji osobistej – zwane dalej „usługami”, są świadczone na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców Koszalina, a ich celem jest wprowadzenie usług jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
5. Odbiorcami usług asystencji osobistej są:
 - a) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
 - b) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie:
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
6. Usługi świadczone są przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „Asystentem”, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej zawartej z Realizatorem.
7. Usługi polegają w szczególności na pomocy asystenta przy:
 - a) wykonywaniu przez Uczestnika Programu czynności dnia codziennego;
 - b) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez Uczestnika Programu miejsce;
 - c) załatwianiu przez Uczestnika Programu spraw urzędowych;
 - d) korzystaniu przez Uczestnika Programu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawy itp.);
 - e) zaprowadzaniu i odbieraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej¹;
8. Zakres czynności Asystenta określony jest w *Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu, „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023.*

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

9. W godzinach realizacji usług nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.
10. Usługi realizowane są na zasadzie współdziałania Uczestnika Programu i Asystenta. Asystent nie wyręcza Uczestnika Programu, a jedynie wspomaga wykonywane przez niego czynności.
11. Asystent ma obowiązek uwzględnić decydujący wpływ Uczestnika Programu na podejmowane wspólnie działania i własną sytuację życiową.
12. Asystenta i Uczestnika obowiązuje profesjonalna relacja wzajemnego szacunku.

§2

Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

1. Usługi mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny Uczestnika Programu
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej²⁾, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,
lub
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
lub
 - 3) wskazane przez Uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.
2. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym³.

§3

Procedura przyjmowania zgłoszeń do Programu

1. Zgłoszenia do Programu przyjmowane były w Urzędzie Miejskim w Koszalinie u Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych przy ul. Rynek Staromiejski 6-7, pok. 23, od 01 stycznia 2023 roku do czasu podpisania umowy z Realizatorem. Następnie Zgłoszenia zostają przekazane Realizatorowi.
2. Nabór Uczestników do Programu został ogłoszony na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Koszalinie.
3. Forma zgłoszenia:
 - a) osoba zainteresowana, która spełnia warunki uczestnictwa i chciałaby skorzystać z usługi asystencji osobistej, zobowiązana jest dostarczyć zgłoszenie w formie papierowej do miejsca wskazanego w §3 ust. 1;
 - b) na kompletne zgłoszenie do wsparcia w ramach asystencji osobistej składają się następujące dokumenty:**
 - 1) Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 – Zał. 1 do Regulaminu,
 - 2) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,- Zał. nr 2 do Regulaminu,

²Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, ze zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

³ 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) Oświadczenia Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego w jego imieniu – Zał. 3 do Regulaminu,
 - 4) Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - umożliwiające weryfikację, czy osoba posiada uprawnienia do uczestnictwa w Programie (oryginał do wglądu);
 - 5) Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) - jeśli dotyczy,
 - 6) Dokument wskazania asystenta (jeśli dotyczy) – załącznik 4 do Regulaminu,
 - 7) Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej – Zał. 5 do Regulaminu,
- c) na kompletne zgłoszenie kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej składają się następujące dokumenty:**
- 1) curriculum vitae;
 - 2) dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe lub doświadczenie we wskazanym zakresie (certyfikaty/zaświadczenia, kserokopia umów zleceń lub umowy o pracę itp.),
 - 3) W przypadku, gdy usługi będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16-go roku życia łącznie ze wskazaniem w ust. 1, 2, 3 wymaga się również:
 - a) zaświadczenie o niekaralności;
 - b) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru (ten dokument przygotowuje Realizator),
 - c) pisemna akceptacja osoby Asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego.
 - 4) Klauzulę informacyjną RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej - Zał. nr 4 do Regulaminu,
 - 5) Klauzulę informacyjną RODO Spółdzielni Socjalnej „Feniks” - Zał. 6 do Regulaminu,
4. Kandydat na Uczestnika Programu może złożyć tylko **jedno** zgłoszenie w trakcie trwania Programu w danym roku kalendarzowym.
 5. Przyjęcie zgłoszenia do Programu **nie jest równoznaczne** z przyznaniem usługi asystencji osobistej.
 6. Realizator zastrzega sobie **prawo wcześniejszego zakończenia naboru** w momencie zrekrutowania zakładanej liczby uczestników do Programu.
 7. Jeśli liczba osób kwalifikujących się do Programu będzie większa od liczby przewidzianych miejsc zostanie utworzona **lista rezerwowa**.

§4

Kryteria oceny zgłoszeń i potwierdzenie zakwalifikowania

1. O zakwalifikowaniu osób do uczestnictwa w Programie decydować będzie powołany przez Realizatora zadania Zespół.
2. Zgłoszenia podlegają weryfikacji formalnej polegającej na sprawdzeniu przez Zespół kompletności złożonych dokumentów, wymienionych w §3 ust. 3 lit. b (w przypadku uczestnika) i w §3 ust. 3 lit. c (w przypadku kandydata na asystenta).
3. Po spełnieniu warunków formalnych, dokumentacja będzie podlegała ocenie merytorycznej.
4. Ocenie merytorycznej będzie podlegać przede wszystkim uzasadniona potrzeba korzystania ze wsparcia asystenta.
 - 1) Preferencje będą miały osoby niepełnosprawne:**
 - a) samodzielnie zamieszkujące (nie dotyczy dzieci),
 - b) niepracujące zawodowo,
 - c) które **nie korzystały** z usług asystencji osobistej w ramach poprzednich edycji Programu oraz w ramach innych projektów,
 - d) które **nie korzystają** aktualnie z dodatkowego wsparcia np. w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, uczestnictwa w dziennych ośrodkach wsparcia.

2) W przypadku dzieci z niepełnosprawnością preferowane będą:

- a) dzieci rodziców aktywnych zawodowo,
 - b) dzieci przebywające w rodzinach zastępczych,
 - c) dzieci wychowujące się w gospodarstwie domowym z innym dzieckiem niepełnosprawnym,
 - d) dzieci wychowywane przez jednego rodzica.
5. Realizator poinformuje pisemnie lub telefonicznie za pomocą wiadomości SMS lub drogą mailową o przyznaniu usługi. W przypadku umieszczenia na liście rezerwowej osoba niepełnosprawna zostanie poinformowana również w w/w sposób.
 6. W przypadku zakwalifikowania się, jak i niezakwalifikowania do Programu, nie jest wydawana decyzja administracyjna i nie przysługuje odwołanie.
 7. W przypadku rezygnacji Uczestnika Programu z usługi asystencji osobistej Realizator kwalifikuje do Programu osobę z listy rezerwowej, jeśli na danym etapie jest to możliwe.
 8. W przypadku wyczerpania listy rezerwowej i dostępności godzin Realizator może ogłosić dodatkowy nabór uczestników do programu.
 9. Realizator zastrzega sobie możliwość:
 - a) przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin, niż wskazana została przez Uczestnika Programu w Zgłoszeniu do Programu,
 - b) zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznaczonych godzin, o których mowa w §5 ust. 3,
 - c) odmowy kontynuowania świadczenia usług w przypadku stwierdzenia nieadekwatności przyznanego wsparcia do rzeczywistych potrzeb Uczestnika Programu osoby niepełnosprawnej, zgodnych z nadrzędnym celem Programu, którym jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia jej w życie społeczne,
 - d) zmiany asystenta świadczącego usługi w danym środowisku w uzasadnionych przypadkach.

§5

Szczegóły realizacji usług asystencji osobistej

1. Rodzaj usługi i jej zakres godzinowy uzależnione są od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
2. Z usług jednego Asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden Uczestnik Programu. Dodatkowo zastrzega się, aby Asystent nie świadczył usługi jednocześnie dwóm osobom zamieszkującym pod tym samym adresem.
3. Limit godzin usług przypadających na jednego Uczestnika Programu uzależniony jest od indywidualnych potrzeb i wynosi nie więcej niż:
 - 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - 2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - 3) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze 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.

4. Limit godzin pracy Asystenta wykonującego usługi w miesiącu nie może przekroczyć 120 godzin w przypadku asystentów pracujących dodatkowo na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej oraz 200 godzin dla osoby niepracującej.
5. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/ gotowości na świadczenie usługi nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
6. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Uczestnika Programu lub czas czynności wykonywanych wraz z Uczestnikiem Programu poza domem, bez czasu dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania/pobytu osoby niepełnosprawnej.
7. Uczestnik Programu zobowiązany jest aktualizować zgłoszenie do Programu, w każdym przypadku zmiany danych z nim związanych.
8. Zarówno Asystent jak i Uczestnik Programu jest zobowiązany do każdorazowego informowania Realizatora zadania o zmianie stanu zdrowia (pobycie w szpitalu, sanatorium, wyjeździe do rodziny itp., czyli sytuacjach związanych z nieobecnością Uczestnika w miejscu zamieszkania), ze szczególnym uwzględnieniem objawów mogących świadczyć o zakażeniu COVID-19, grypy, RSV itp.
9. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie lub inne istotne informacje, dotyczące realizacji usługi asystencji osobistej, przyjmowane są drogą pisemną na adres: ul. Zwycięstwa 42, pok. 207/208, Koszalin lub Oświadczenie przedłożone Asystentowi lub na adres e-mail: koszalin@opiek-afeniks.pl
10. Usługi mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi nie wlicza się dojazdu do i od Uczestnika Programu.
11. Asystent przerywa realizację usługi, jeżeli:
 - a) zastana sytuacja bądź wykonanie danej czynności zagraża zdrowiu lub życiu Asystenta, Uczestnika Programu lub osób trzecich,
 - b) agresja lub postawa Uczestnika Programu nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami regulaminu,
 - c) zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez Uczestnika zmierzają do łamania prawa.
12. O przypadku wystąpienia okoliczności wskazanych w §5 ust. 11 Asystent niezwłocznie informuje Realizatora zadania.
13. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno Asystent, jak i Uczestnik Programu zobowiązani są, w miarę swoich możliwości, do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb, a następnie Realizatora zadania.
14. Asystent posiada identyfikator wydany przez Realizatora zadania, zawierający co najmniej: imię i nazwisko Asystenta oraz pieczęć Realizatora zadania i dowód osobisty.
15. W ramach usługi asystencji osobistej możliwy jest zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego Uczestnikowi Programu.
16. Asystent nie ma prawa wprowadzania do domu Uczestnika Programu osób nieupoważnionych.
17. W obecności Uczestnika Programu i w jego domu Asystent nie może palić papierosów i e-papierosów, spożywać alkoholu i używać substancji psychoaktywnych.
18. Asystent zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji, jakie uzyskał w trakcie wykonywania obowiązków, w szczególności do nieujawniania osobom trzecim danych personalnych osób, u których sprawują usługi asystencki osobistej, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej.

§6

Rozliczanie i monitoring usług asystencji osobistej

1. Usługi świadczone przez Asystentów rozliczane są w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2. Rozliczenie godzin Asystenta odbywa się na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023”, Uczestnik

Programu lub jego Przedstawiciel ustawowy oraz Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług asystencji osobistej. Kartę realizacji usług **należy uzupełniać na bieżąco** tj. po wykonaniu każdej usługi asystenckiej.

3. Godziny pracy asystenta wykraczające poza jego miesięczne limity zgodnie z § 5 ust. 4 **nie będą podlegały rozliczeniu**. Asystent każdorazowo przy składaniu Karty realizacji usług za dany miesiąc zobowiązany będzie do wypełniania oświadczenia dotyczącego realizacji lub podjęcia innej pracy zarobkowej, mającej wpływ na limity godzin oraz liczbę osób, którym mogą świadczyć usługi asystencji osobistej.
4. Koszt trasy przejazdu z Uczestnikiem Programu licząc od jego miejsca zamieszkania i z powrotem jest wliczany w czas pracy Asystenta (rozliczenie na podstawie prawidłowej ewidencji biletów komunikacji publicznej/prywatnej lub ewidencji przebiegu pojazdu stanowiącego własność Asystenta lub pojazdu udostępnionego przez osobę trzecią - Zał. 8 i 9 do Regulaminu.
5. Asystent zobowiązany jest przedstawić Realizatorowi do 1 dnia miesiąca wstępny lub ustalony grafik ustalonych usług asystenckich.
6. Realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu realizacji usługi.
7. Wyniki monitoringu usług są odpowiednio dokumentowane.
8. Korzystanie z usług asystencji osobistej oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez Uczestnika Programu na prowadzenie kontroli i monitorowania jakości usług przez Realizatora zadania.

§7

Postanowienia końcowe

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

Piotr Jedliński

.....
(pieczęć i podpis Prezydenta Miasta)

Załączniki do Programu:

- Załącznik 1 - Karta zgłoszenia do „Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023,
- Załącznik 2 - Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,
- Załącznik 3 - Oświadczenia uczestnika (tj. osoby, wobec której mają być świadczone usługi asystencji osobistej) do „Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023,
- Załącznik 4 - Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 wskazanie asystenta,
- Załącznik 5 - Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej,
- Załącznik 6 - Klauzula informacyjna RODO Spółdzielni Socjalnej „Feniks”,
- Załącznik 7 - Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,
- Załącznik 8 - Ewidencja biletów komunikacyjnych.

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**

Uzasadnienie.....

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
...

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

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

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątnięciu 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 utrzymaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
 - b) czesaniu
 - c) goleniu
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń

- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ;
- h) sianiu 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. CUS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi

obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Koszalin, dataf.

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
(Podpis osoby weryfikującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

**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) słaniu 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 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 utrzymaniu 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) .

Koszalin, data 2023r.

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

**Oświadczenie uczestnika programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023”**

Ja niżej podpisany/a:, informuję oraz oświadczam:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanego przez Spółdzielnię Socjalną „Feniks” z siedzibą w Koszalinie przy ul. Zwycięstwa 42, pok. 207,208.
2. Oświadczam, że jestem osobą (zaznacz krzyżykiem):
 - samotnie zamieszkującą
 - wspólnie zamieszkującą z rodziną
3. Oświadczam, że w swoim najbliższym otoczeniu nie mam osoby/osób, które mogłyby mnie wspierać w codziennym funkcjonowaniu (rodzina, sąsiedzi itp.) (zaznacz krzyżykiem):
 - mam
 - nie mam
4. Status na rynku pracy (zaznacz krzyżykiem):
 - osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - bierna zawodowo
 - osoba pracująca
 - nie dotyczy (w przypadku zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – pominięty punkt 4
5. W przypadku osoby pracującej:
 - A. Jakiego rodzaju to praca?
 - B. W jakim wymiarze jest wykonywana? (pełen etat, pół etatu, liczba godzin w miesiącu itp.)
.....
 - C. Czy jest to praca zdalna/ stacjonarna w zakładzie pracy?
6. Oświadczam, że korzystam z pomocy społecznej (np. korzystam ze wsparcia w ramach usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych) (zaznacz krzyżykiem):
 - TAK
 - NIE
7. Oświadczam, że korzystałam/am w ubiegłych latach ze wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):
 - TAK
 - NIEJeśli TAK, w którym roku :.....
8. Oświadczam, iż korzystam obecnie ze wsparcia w podobnym zakresie (usługi opiekuńcze, specjalistyczne, asystenckie) w ramach innych środków niż Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (zaznacz krzyżykiem):
 - TAK, jeśli TAK to w jakim projekcie
 - NIE

9. Oświadczam, iż korzystam z usług asystencji osobistej w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 realizowanym przez inny podmiot (zaznacz krzyżykiem):
- TAK, jeśli TAK to w jakim podmiocie
 - NIE
10. Oświadczam, że wychowuję się w rodzinie z więcej niż jednym dzieckiem niepełnosprawnym (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
- TAK
 - NIE
 - nie dotyczy
11. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym przez jednego rodzica (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
- TAK
 - NIE
 - nie dotyczy
12. Oświadczam, że jestem dzieckiem wychowywanym w rodzinie zastępczej (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) - zaznacz krzyżykiem:
- TAK
 - NIE
 - nie dotyczy
13. Oświadczam, że poinformuję Spółdzielnię Socjalną „Feniks” w Koszalinie o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do projektu.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

Wskazanie asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

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

Imię i nazwisko asystenta:

Adres:

Telefon:

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

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

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

Ponadto oświadczam, że:

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

Koszalin, data2023r.

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

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

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

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

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

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023,

przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

Odbiorcy danych lub kategorii odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023.

Koszalin, dniar.

**Klauzula informacyjna RODO Spółdzielni Socjalnej „Feniks”
(upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych)**

Na podstawie art. 29 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.U.UE.L.2016.119.1) - dalej **RODO**, niniejszym upoważniam do przetwarzania danych osobowych:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zatrudnioną/ego w Spółdzielni Socjalnej „**Feniks**” na stanowisku: Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej do przetwarzania od dnia r. danych osobowych w zakresie pełnionych obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku do przetwarzania danych osobowych zawartych w następujących zbiorach:

podopieczni spółdzielni (usługi w ramach Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023).

.....
(podpis Specjalisty d/s Ochrony Danych)

Otrzymałem/Otrzymałam:

.....
data i czytelny podpis Asystenta

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

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:/...../2023

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu: Koszalin, ul.

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

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

10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

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

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

.....

Data i podpis Asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

** Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

.....

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

**Ewidencja biletów komunikacyjnych
za miesiąc 2023 r.**

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania biletów	Liczba pobranych biletów	Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....

Data i podpis Asystenta

