

**Zarządzenie nr 011.06.2021**  
**Kierownika Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Morawicy**  
**z dnia 24.03.2021r.**

**w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021” przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy.**

Na podstawie § 9 ust.10 uchwały NR XXXI/356/17 Rady Miejskiej w Morawicy z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie nadania Statutu Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Morawicy zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021” przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się pracowników socjalnych do zapoznania z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Niniejsze Zarządzenie wchodzi w życie dniem podpisania.

/-/ Justyna Cesarz-Soja  
Kierownik Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Morawicy

**Regulamin**  
**realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”**  
**przez Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy**

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.), zwany dalej „Programem”.

§ 2

1. Program realizowany będzie na terenie Miasta i Gminy Morawica w okresie od kwietnia 2021r. do 31 grudnia 2021r.
2. Adresatami Programu realizowanego przez Miejsko –Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy są osoby niepełnosprawne, posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne, które wymagają usługi asystenta osobistego i zamieszkują na terenie Miasta i Gminy Morawica.
3. Program ma na celu:
  - a) wprowadzenie usługi asystenta osobistego jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych,
  - b) umożliwienie skorzystania przez osoby niepełnosprawne z pomocy asystenta osobistego przy wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowanie w życiu społecznym,
  - c) ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności i nieumożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia,
  - d) przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych.
4. Usługi asystenta osobistego w szczególności mogą polegać na pomocy w:
  - a) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w obrane 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 instytucji kultury tj. Muzeów, teatrów, kin, galerii sztuki, wystaw itp.,
- g) wykonywaniu czynności dnia codziennego.

5. Rozliczenie usługi asystenta osobistego następuje na podstawie prowadzonej karty realizacji usług asystenckich, która stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

### § 3

1. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie wywiadu środowiskowego, karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu oraz aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Zgłoszenie potrzeby objęcia pomocą w formie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej może być przyjmowane drogą pisemną, osobiście, telefonicznie w terminie w skazanym w ogłoszeniu na stronie internetowej tj. do dnia 10.03.2021r. lub do wyczerpania miejsc.

3. Złożenie karty zgłoszenia i orzeczenia o niepełnosprawności nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

4. Realizator Programu powiadomi wnioskodawcę pisemnie o zakwalifikowaniu bądź odmowie zakwalifikowania do Programu.

5. Osoba zakwalifikowana do Programu zobowiązana będzie do złożenia deklaracji uczestnictwa w Programie stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

6. Uczestnik Programu lub opiekun prawny zobowiązani są aktualizować kartę zgłoszenia do Programu w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.

### § 4

1. Do realizacji zadań asystenckich angażowane są:

- a) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,
- b) osoby posiadające co najmniej 6 - miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym,
- c) osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego.

2. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, Do czasu pracy asystenta wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min.

3. Jeden asystent może świadczyć usługi w więcej niż jednym środowisku.

4. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej ma obowiązek uwzględnienia decydującego wpływu uczestnika Programu na podejmowane działania.

## § 5

1. W przypadku większej ilości zgłoszeń, niż limit miejsc w Programie Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy, na podstawie wywiadu środowiskowego, będzie badał indywidualnie sytuację zdrowotną, osobistą i finansową każdego wnioskodawcy oraz wprowadzi limity przyznanych godzin.

2. Limit godzin usług asystenta przypadającego na 1 uczestnika Programu w przypadku większej ilości zgłoszeń będzie wynosił:

a) nie więcej niż 60 godzin miesięcznie dla osoby nie korzystającej z podstawowej usługi opiekuńczej lub/i ze specjalistycznej usługi opiekuńczej, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.) w dniu zgłoszenia się do Programu.

b) nie więcej niż 48 godzin miesięcznie dla osoby korzystającej z usług opiekuńczych lub/i ze specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.) w dniu zgłoszenia się do Programu.

3. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu, w tym na 1 dziecko niepełnosprawne, dotyczy także osób niepełnosprawnych, które korzystają z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, tj. łączna liczba godzin usług asystenta dla wszystkich projektów/programów nie może wynosić więcej niż 60 godzin miesięcznie.

4. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jest bezpłatna.

/-/ Justyna Cesarz-Soja  
Kierownik Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Morawicy

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie 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;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

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

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

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

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

Telefon:.....

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” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie 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.

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Karta realizacji usług asystenta Nr .....

Imię i nazwisko uczestnika

Programu: .....

Adres uczestnika

Programu: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od .....  
do .....

<b>Lp</b>	<b>Data usługi</b>	<b>Liczba godzin zrealizowanych</b>	<b>Rodzaj usługi*</b>	<b>Czytelny podpis asystenta</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

13.				
14.				
15.				

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

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ..... szt. , o wartości ..... zł\*\* - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ..... szt. , o wartości ..... zł.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł ..... zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 zł miesięcznie\*\*\*

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie\*\*\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

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

\*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;

\*\*Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

\*\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

\*\*\*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a

.....

deklaruję swój udział w Programie "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" - edycja 2021, oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu " Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2021.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie " Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2021 jest bezpłatny.
4. W godzinach realizacji usług przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej nie są świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U z 2020r. poz. 1876, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia,
- 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
- 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2021,
- 5) zapoznałem się Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2021,

.....  
podpis

## POUCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., str. 1), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), dalej RODO,

Informuje się ,że:

2. Administratorem danych osobowych jest: Kierownik Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Morawicy, ul. Spacerowa 9, 26-026 Morawica.
3. Inspektorem ochrony danych w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Morawicy jest Pan Robert Pytlik (e-mail: iod@abi-net.pl, tel. +48 795626770).
4. Dane osobowe będą przetwarzane dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021
5. Każda osoba posiada prawo do dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - w ramach dopuszczonych przepisami prawa.
6. Każda osoba posiada prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
7. W związku z przetwarzaniem każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w formularzu do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
9. Dane osobowe zawarte w formularzu zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami.
10. W oparciu o dane osobowe zawarte w formularzu administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.