ZARZĄDZENIE Nr MOPS.021.3.2023
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy
z dnia 08 marca 2023 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy

Na podstawie § 8 ust. 2 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy przyjętego Uchwałą Nr XX/116/2019 Rady Miejskiej w Łęczycy z dnia 24 października 2019 r. (Dziennik Urzędowy Województwa Łódzkiego z dnia 15 listopada 2019 r., poz. 6007) Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy zarządza, co następuje:

§1 Wprowadzam Regulamin realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy, wykonywanej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"- edycja 2023 i finansowanej w całości ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

§2 Wykonanie niniejszego Zarządzenia powierzam podinspektorowi Pani Izabeli Dublak

§3 Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Łęczycy

mgr Marcin Kupiecki

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

REGULAMIN
ŚWIADCZENIA I KORZYSTANIA Z USŁUG
ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

§ 1 ZASADY OGÓLNE

1. Projekt „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" realizowany jest przez Miasto Łęczyca za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Miasta Łęczyca – Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy (Realizator projektu). Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023.
2. Usługi asystenckie realizowane są na terenie Miasta Łęczyca.
3. Usługi są realizowane na podstawie niniejszego regulaminu po złożeniu Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"- edycja 2023 **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu.
4. Odbiorcami usług są:
   osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) zamieszkujące teren Miasta Łęczyca.
   Przewidywana liczba osób objętych wsparciem: 13 w tym:
   - dzieci w wieku do 16 r.ż. spełniających zapisy działu III Programu – 3 osób
   - osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności – 6 osób
   - osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 4 osób
5. Pierwszeństwo korzystania z usług mają osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją (tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności).
6. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych przez Realizatora projektu.
7. Realizując usługi Asystent kieruje się poniższymi zasadami:
   1) zasada akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Klienta,
   2) zasada indywidualizacji – podmiotowego podejścia do Klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
   3) zasada poufności i respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
   4) zasada prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
   5) zasada obiektywizmu (nieoceniania) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji,
   6) zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta.

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

8. W ramach Projektu nie są prowadzone usługi opiekuńcze ani specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
9. Realizator projektu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
10. Asystent ma prawo odmówić zrealizowania usług:
    1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Klientów, Asystentów lub osób trzecich,
    2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
11. Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem projektu.

§ 2 ZAKRES USŁUG ASYSTENCKICH

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta w co najmniej jednej z dziedzin: w przemieszczaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.
2. Zakres usług podstawowych:
    1) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
    2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
    3) załatwianiu spraw urzędowych;
    4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
    5) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej.
    /usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi /.
    6) Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej zawiera **załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu.
3. Asystenci nie świadczą usług medycznych ani rehabilitacyjnych.
4. Asystenci nie wykonują żadnych czynności medycznych.

§ 3 KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA ZAWODU OPIEKUNA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[1)], opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;

[1)] Zawód 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) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

2. osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu;
3. osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej.
   /za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu/.

§ 4 RAMY CZASOWE REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH

1. Usługi realizowane są przez 7 dni w tygodniu, przez całą dobę.
2. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika:
   Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym 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) 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
   4) 360 godzin rocznie dla:
   5) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
      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.

   Liczba godzin może ulegać zmniejszeniu lub zwiększeniu w zależności od potrzeb osób objętych usługami asystenckimi. Ostateczną liczbę godzin przypadających na 1 uczestnika podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy. Od decyzji co do ilości godzin nie przysługuje zażalenie.
3. Ostateczną datą zakończenia świadczenia usług jest 21.12.2023 r.
4. Osoby wymagające wsparcia asystenta mogą złożyć zapotrzebowanie na usługę osobiście lub za pośrednictwem opiekuna.
5. Karta zgłoszeniowa dostępna jest:
   1) W siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy – 99-100 Łęczyca, ul. Ozorkowska 8.

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

2) na stronie internetowej www.mopsleczyca.pl
6. Karta zgłoszeniowa stanowi **załącznik nr 1** do Regulaminu.
7. Uzupełnioną kartę zgłoszeniową należy dostarczyć:
   1) osobiście do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łęczycy; 99-100 Łęczyca, ul. Ozorkowska 8 lub
   2) za pośrednictwem adresu skrytki na platformie ePUAP: /LECZYCAMOPS/skrytka
8. Usługa przyjęta do realizacji to usługa potwierdzona przez Realizatora projektu (telefonicznie, mailowo lub przez platformę – w zależności od sposobu zgłoszenia zapotrzebowania).
9. Dokumenty należy składać od dnia 08 marca 2023 r. do 24 marca 2023 r. O udziale w programie decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia złożone przed ogłoszonym naborze nie będą rozpatrywane.
10. O przyjęciu do Programu zadecyduje kolejność zgłoszeń z zastrzeżeniem, że pierwszeństwo mają osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją. Pozostałe zgłoszenia trafią na listę rezerwową.

§ 5 ODPŁATNOŚĆ ZA USŁUGI ASYSTENCKIE

1. Należność za usługę wykonywaną przez Asystenta pokrywana jest przez Realizatora Projektu. Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023.
2. Klient ani jego opiekun nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez Asystenta w ramach projektu.
3. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora projektu na podstawie umowy – zlecenia, zawartej z Asystentem oraz na podstawie Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023 (załącznik nr 3 do Regulaminu), podpisanej przez Asystenta.

§ 6 DODATKOWE OBOWIĄZKI

1. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych Klientów w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
2. Od Asystenta wymaga się stworzenia odpowiednich relacji (zaufania, szacunku, zrozumienia, itp.) z Klientem.
3. Klient ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
4. Klient nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione w § 2 niniejszego Regulaminu.
5. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, Klient i Asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności pomiędzy sobą, w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy Specjalisty.

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

6. Przypadki złamania zasad niniejszego Regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane Specjaliście.

§ 7 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje na czas trwania projektu.
2. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
3. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie ostatecznie decyduje Realizator projektu.

Łęczyca, dnia 08 marca 2023 r.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Łęczycy

mgr Marcin Kupiecki

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"
– edycja 2023

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 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☐,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu☐	1) samodzielnie☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐
Poza miejscem zamieszkania☐	1) samodzielnie☐	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych☐

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
   1) czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
   2) wypełnianie ról społecznych **Tak☐/Nie☐**
   3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**
   4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**

.....

.....

.....

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

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
   b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
   c) myciu okien☐;
   d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
   e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
   f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
   g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;

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) słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
   b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
   c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
   d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
   e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) wyjście na spacer☐;

b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;

c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;

d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;

e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;

f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru☐;

g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak☐/Nie☐**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak☐/Nie☐**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023.

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

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

Załącznik nr 8 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"
– edycja 2023

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:

1) wsparcie 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) słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;

2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
   b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
   c) myciu okien☐;

d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;

e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;

f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;

g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;

3) 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☐;

4) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

a) wyjście na spacer☐;

b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;

c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;

d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się☐;

e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;

f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ☐;

g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

Miejscowość, dnia ..... .

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik Nr 8 do Programu AOON

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

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

1. Administratorem danych osobowych jest *Miasto Łęczyca / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy, 99-100 Łęczyca, ul. Ozorkowska 8, tel.: 24 721 23 71, adres e-mail: sekretariat@mopsleczyca.pl*
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iodo@adres.pl lub telefonicznie pod numerem telefonu: + 48 505 113 603.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.

6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez *Miasto Łęczyca / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy,* w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub *należy wskazać nazwę Wojewody* m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.[1)]
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

   Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

---

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

Załącznik nr 12 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby
niepełnosprawnej" – edycja 2023

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@mrips.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 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 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.

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁĘCZYCY

PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ" – edycja 2023
Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy

Imię i nazwisko .....
Adres zamieszkania .....

W związku z ubieganiem się o przyznanie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług asystencji osobistej:

Imię i nazwisko .....
Adres zamieszkania .....
tel. do kontaktu .....

Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny[1], **oświadczam**:

1) że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej - nie jest członkiem mojej rodziny[2] , nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną, nie jest zobowiązana przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem do sprawowania opieki nade mną.
2) że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej posiada odpowiednie przygotowanie do realizacji usług asystencji osobistej, jest osobą zaufaną i odpowiedzialną.

Łęczyca, dn. ..... 2023 r. .....

[1] Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8 - § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 - § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

[2] za członków rodziny należy uznać rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma, oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym.

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.

Łęczyca, dnia .....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ" – EDYCJA 2023

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta nie będą świadczone wobec mnie / mojego podopiecznego/ mojego dziecka usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.

.....

podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

Łęczyca, dnia .....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ" – EDYCJA 2023

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana .....
jako osoby świadczącej usługi asystenta osobistego dla mnie, dla mojego dziecka/ podopiecznego.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

Łęczyca , dnia .....

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O NIEFIGUROWANIU W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM

Ja, niżej podpisana/podpisany ..... niniejszym oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym.

.....
Podpis

Załącznik: Wydruk z Rejestru Przestępstw Sprawców na tle seksualnym Ministerstwa Sprawiedliwości