



**Regulamin rekrutacji i realizacji**  
**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Miasto Marki**

**Podstawa prawna:**

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2023 r., poz. 647 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 901 ze zm.<sup>1</sup>).

**§1 Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:

- 1) 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
- 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
  - a) o stopniu znacznym lub
  - b) o stopniu umiarkowanym albo

---

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 1693, 1938, 2760.



- c) traktowane na równi do wymienionych 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44).
2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”. Usługi asystencji osobistej polegają na wsparciu osoby z niepełnosprawnościami w wykonywaniu:
- 1) czynności samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
  - 2) prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
  - 3) przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
  - 4) podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
3. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Marki.
4. Program będzie prowadzony do 31 grudnia 2024 r.
5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach, zwany dalej Ośrodkiem.
6. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Funduszu Solidarnościowego.

## **§2 Rekrutacja do Programu**

2. W 2024 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 25 osób, w tym:
- 1) 2 dzieci w wieku 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;
  - 2) 23 osoby dorosłe, w tym 17 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 6 osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.
3. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych w Programie w 2024 r.



4. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być wyłącznie osoby spełniające kryteria formalne, tj.:
1. zamieszkujące miasto Marki; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;
  2. dzieci w wieku 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 osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub dokument równoważny; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;
  3. osoby, które w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie korzystają z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia zawartego w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
  4. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć osoby:
    - 1) posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
    - 2) posiadające orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;



- 3) samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
5. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
6. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.
7. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. Kościuszki 39a, 05-270 Marki, w godzinach urzędowania lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.
8. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny.
9. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §2 ust. 4, jak również sytuacja osobista osób zgłaszających chęć udziału (zgodnie z zapisami ujętymi w §2 ust. 5 regulaminu).
10. Nabór osób chętnych do udziału w Programie jest prowadzony w sposób ciągły do wyczerpania liczby miejsc/limitu godzin. Osoby zgłoszone do Programu po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
11. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.

### **§3 Zasady uczestnictwa**

1. Osoba z niepełnosprawnościami lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby:



- 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, 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 lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, której wzór stanowi załącznik numer 1 regulaminu.
3. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem, opiekun prawny uczestnika lub osoba faktycznie zamieszkująca razem z uczestnikiem.
4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 punkt 1 i 2.
5. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci zakwalifikowanych do Programu, od asystentów wymagane jest również:
- 1) zaświadczenie o niekaralności;
  - 2) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym;
  - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
6. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w gminie Marki w 2024 roku wynosi nie więcej niż:



- 1) 760 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 2) 680 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
  - 3) 360 godzin rocznie dla:
    - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, także z niepełnosprawnością sprzężoną,
    - b) 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
7. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.
8. Szczegółowo zakres usług asystencji osobistej osoba wyraża poprzez wypełnienie „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu. 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.
9. Usługi asystencji osobistej 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 asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.

10. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę z niepełnosprawnościami oświadczenia w formie, o której mowa wyżej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby z niepełnosprawnościami ubiegającej się o usługę asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.

11. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.

12. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnościami, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.

13. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnościami i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby z niepełnosprawnościami.

14. Asystent ewidencjonuje usługi asystencji osobistej na podstawie miesięcznej karty realizacji usług asystenckich.

#### **§4 Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w mieście Marki.

2. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Ośrodek, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia zmiany.



3. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
4. Ośrodek zastrzega sobie prawo do monitorowania świadczenia usług asystencji osobistej oraz dokonywania doraźnych kontroli świadczenia usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej w formie pisemnej.
5. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.





Załącznik numer 1  
do Regulamin rekrutacji i realizacji „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Miasto Marki

## Karta zgłoszenia do Programu

### „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Adres: \_\_\_\_\_
3. Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
5. Status na rynku pracy: \_\_\_\_\_
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

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

- 
7. Grupa/stopień niepełnosprawności: \_\_\_\_\_
  8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
    - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie 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

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

---

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>W domu</b> <input type="checkbox"/>                     | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| <b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? \_\_\_\_\_

---

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

## II. ŚRODOWISKO:

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

---

---

---

---

---

---

---



### III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: \_\_\_\_\_

2. Wiek: \_\_\_\_\_

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

---

---

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

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie**

f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie**



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



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



#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**  / **Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

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

---

---

---

---

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

**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- limitu przyznanych godzin: \_\_\_\_\_
- limitu wykorzystanych godzin: \_\_\_\_\_
- nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:

---



## V. OŚWIADCZENIA:

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

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

\_\_\_\_\_  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



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

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### OSOBY KORZYSTAJĄCE Z PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

#### Administrator Danych Osobowych

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Markach (05-270), przy ul. Kościuszki 39A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres,
- telefonicznie, pod nr. telefonu: **22 771 30 23**,
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [ops@marki.pl](mailto:ops@marki.pl).

#### Inspektor Ochrony Danych

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem „IOD”),
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [iod@opsmarki.pl](mailto:iod@opsmarki.pl).

#### Źródło danych

Dane osobowe (Imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy, data urodzenia, wykształcenie, zawód wyuczony, status na rynku pracy, grupa/stopień niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności, dysfunkcje) mogliśmy u zyskać od osoby, która zgłosiła Pana/Panią do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

#### Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie z art. 6 ust 1 lit c RODO wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów,
- realizacji obowiązków wynikających z art. 6 ust 1 lit e RODO, w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej oraz z art. 9 ust. 2 lit. g RODO - przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647) .

#### Odbiorcy danych





Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda Mazowiecki, dostawcy usług pocztowych, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami, w związku ze świadczeniem usług:

- hostingowych,
- dostawcy rozwiązań informatycznych oraz oprogramowania,
- podmioty świadczące dla nas usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.

**Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres:

- 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.

**Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

**Dobrowolność podania danych**

Podanie danych jest niezbędne do udziału w projekcie