



Regulamin rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Gminie Miasto Marki

Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 r., poz. 1848 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.);
- Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

§1 Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, 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 od 2. do 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
- 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo



- c) 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 44).
2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”. Usługi asystencji osobistej polegają na wsparciu osoby z niepełnosprawnością w:
 - 1) wykonywaniu czynności samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wykonywaniu czynności związanych prowadzeniem 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 2025 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 2025 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Funduszu Solidarnościowego.

§2 Rekrutacja do Programu

1. W 2025 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 28 osób, w tym:
 - 1) 6 dzieci w wieku od 2. do 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 oraz



- 2) 22 osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
 - d) o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi – 6 osób,
 - e) o znacznym stopniu niepełnosprawności – 10 osób,
 - f) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi – 2 osoby,
 - g) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 4 osoby.
2. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych w Programie w 2025 r.
3. Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności.
4. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być 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 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;
 - 2) dzieci w wieku od 2. do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 współdziałania 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 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
5. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć:
 - 1) osoby z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
 - 2) osoby z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
 6. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, 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 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
 7. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.
 8. 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.
 9. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny.
 10. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §2 ust. 5, jak również sytuacja osobista osób zgłaszających chęć udziału (zgodnie z zapisami ujętymi w §2 ust. 6 regulaminu).
 11. 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.

12. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.

§3 Zasady uczestnictwa

1. Osoba z niepełnosprawnością 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 zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym;
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu;
 - 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 2025, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.
3. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy



osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.

4. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonka, wstępni oraz zstępni małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

5. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 punkt 1 i 2.

6. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w mieście Marki w 2025 roku wynosi nie więcej niż:

- 1) 710 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 665 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.

8. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.
9. Szczegółowo zakres usług asystencji osobistej osoba wyraża poprzez wypełnienie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, 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.
10. 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.
11. 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.
12. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.



13. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnościami, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
14. 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.
15. 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. Osoba może korzystać z usług asystencji osobistej na terenie innej gminy lub innego powiatu niż gmina lub powiat właściwe ze względu na jej miejsce zamieszkania, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.
3. 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 ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik obowiązany jest niezwłocznie poinformować realizatora Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
4. 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



kalendaryzowym. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w danym roku kalendarzowym godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu bądź innych programów Ministra, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

5. 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.

6. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.

7. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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/stożek 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):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <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"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <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**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna



- do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie**
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie** .
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** .
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** .
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** .
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** .
- j) 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:



**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:

- a. limitu przyznanych godzin: _____
- b. limitu wykorzystanych godzin: _____
- c. 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 2025.
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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji



osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

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 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 współdziałania 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.

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.

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 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