

Zarządzenie nr30...../2020
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich
z dnia...30.03.2020...

W sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020” przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

Na podstawie § 10 ust.1 pkt 7 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, zarządzam co następuje:

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020” przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się kierownika Działu Aktywizacji Społecznej do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Niniejsze Zarządzenie wchodzi w życie dniem podpisania.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Piekarach Śląskich


Maciej Gąsda

Regulamin
realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020”
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020”, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Programem”.

§ 2

1. Program realizowany będzie na terenie Miasta Piekary Śląskie w okresie do 31.12.2020r.

2. Adresatami Programu mogą być osoby niepełnosprawne, posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, które wymagają usługi asystenta osobistego.

3. Program ma na celu:

- a) wprowadzenie usługi asystenta osobistego jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla pełnoletnich osób niepełnosprawnych,
- b) umożliwienie skorzystania przez osoby niepełnosprawne z pomocy asystenta osobistego przy wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowanie w życiu społecznym,
- c) ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności i nieumożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia,
- d) przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych.

4. Usługi asystenta osobistego w szczególności mogą polegać na pomocy w:

- a) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w obranie przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/ sportowe itp.);
- b) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
- c) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
- d) załatwieniu spraw urzędowych;
- e) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
- f) korzystaniu z instytucji kultury tj. Muzeów, teatrów, kin, galerii sztuki, wystaw itp.)

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

§ 3

1. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie karty realizacji usług asystenckich, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

2. Zgłoszenie potrzeby objęcia pomocą w formie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej może być przyjmowane drogą pisemną, osobiście, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej.

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

4. Pracownik socjalny Zespołu Pracy Socjalnej każdorazowo dokonuje oceny zasadności przyznania asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej co potwierdza na załączniku, o którym mowa w § 3 ust. 1.

§ 4

1. Do realizacji zadań asystenckich angażowane są:

- a) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej,
- b) osoby z wykształceniem przynajmniej średnim, posiadające co najmniej roczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

2. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu w godz. 7.00 – 22.00, w uwzględnionych przypadkach godziny wykonywania usług mogą zostać zmienione

Limit godzin usług asystenta przypadającego na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie, przy czym 1 asystent może świadczyć usługi w więcej niż jednym środowisku.

Przewidywana liczba uczestników Programu wynosi 7, co maksymalnie może wynieść 210 godzin w miesiącu. Ilość i zakres zadań będzie ustalany z poszczególnymi korzystającymi.

Płatność zostanie zrealizowana za faktycznie wykonane usługi.

3. Świadczenie usług asystenta odbywać się będzie na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej.

4. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich zgodnie z pkt. VI.4 Programu, umożliwi osobie niepełnosprawnej samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.

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

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Piekarach Śląskich

Maciej Gązda

13

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

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

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:

E-mail:

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

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

Miejscowość, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

Karta realizacji usług asystenckich Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Imię i nazwisko asystenta:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie od do

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu r. wyniosła godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, w związku z realizacją usług asystenckich wyniosła w miesiącu szt., o wartości zł.

.....
Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

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

*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).

31

W.L