

**Zarządzenie nr 28/2022**  
**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich**

**z dnia 13.04.2022r.**

**w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich**

Na podstawie § 8 ust. 1 i § 10 ust. 1 pkt. 7 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich wprowadzonego Zarządzeniem nr ORo.0050.152.2020 Prezydenta Miasta Piekary Śląskie z dnia 28 lutego 2020r. z późniejszymi zmianami, oraz art. 18 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 2268 ze zm.)

zarządza się, co następuje :

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuje się wszystkich kierowników do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

**Maciej Gazda**  
**Dyrektor**  
**Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie**  
**w Piekarach Śląskich**

**Regulamin  
realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich**

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym zwanego dalej „Programem”.

§ 2

1. Program realizowany będzie na terenie Miasta Piekary Śląskie w okresie do 31.12.2022r.

2. Adresatami Programu są :

- a) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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
- b) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
  - o stopniu znacznym lub
  - o stopniu umiarkowanym albo
  - traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b.

§ 3

1. Kwalifikacja osób będzie się odbywać do wyczerpania założonej liczby uczestników Programu tj. 12 osób z czego :
  - a) 10 dorosłych osób niepełnosprawnych posiadających znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważne,
  - b) 1 niepełnosprawne dziecko do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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,
  - c) 1 osoba z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną.
2. Jeśli w trakcie realizacji usług asystencji osobistej uczestnik Programu zrezygnuje z kontynuacji wsparcia lub kontynuacja wsparcia nie będzie możliwa – na jego miejsce zostanie zakwalifikowana inna osoba – o ile będzie to możliwe i zasadne. Niewykorzystana liczba godzin przechodzi wówczas na kolejną osobę z uwzględnieniem limitów godzin asystencji osobistej przypadających na 1 uczestnika Programu.

§ 4

1 Działania podejmowane w ramach Programu mają na celu:

- a) możliwość skorzystania przez osoby niepełnosprawne z pomocy asystenta przy wykonywaniu codziennych czynności i funkcjonowaniu w życiu społecznym;
- b) ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności i umożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia;
- c) przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności np. poprzez udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych czy też sportowych;
- d) zwiększenie wsparcia świadczonego przez asystentów ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (ASPE) w zakresie wsparcia niepełnosprawnych uczniów, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.

2. Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w:
- wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce
  - załatwianiu spraw urzędowych;
  - korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
  - wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprawdzaniu ich do lub z placówki oświatowej
3. W godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być 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 ze zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł.

## § 5

1. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu. Uczestnik lub jego opiekun zobowiązany jest także złożyć oświadczenia zgodne z wzorem określonym w załączniku nr 5 i 6 do Regulaminu. Złożenie oświadczeń jest dobrowolne, jednak warunkuje ono zakwalifikowanie uczestnika do udziału w Programie.

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

3. Pracownik socjalny Działu Aktywizacji Społecznej każdorazowo dokonuje oceny zasadności przyznania asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej co potwierdza na załączniku, o którym mowa w § 5 ust.1.

## § 6

1. Usługi asystenta mogą świadczyć:

- osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
- osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;
- 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.
- W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie, o której mowa wyżej, pracownik Zamawiającego przed rozpoczęciem świadczenia usługi asystenckiej, przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługi asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.

2. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także (oprócz wymienionych w § 6 pkt 1) :

- zaświadczenie o niekaralności;
- pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym;
- pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

## § 7

1. Czas trwania usług : usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

2. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:

- a) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- b) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- c) 360 godzin rocznie dla:

- osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,  
- 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.

3. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.(załącznik nr 4 do Regulaminu)

4. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.

5. Z usług asystencji osobistej u jednego asystenta w tym samym czasie będzie korzystać 1 uczestnik Programu;

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

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

## § 8

1. Rozliczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej następuje na podstawie prowadzonej karty realizacji usług asystenckich, która stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu. Płatność zostanie zrealizowana za faktycznie wykonane usługi.

2. Oddzielnie rozliczane będą koszty przejazdów asystentów osobistych osób niepełnosprawnych w zakresie niezbędnym do świadczenia usługi w formie zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszty dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu a także koszty zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu. Koszty te zostaną zwrócone wykonawcy w wysokości nie większej niż 300,00 zł brutto miesięcznie na jednego asystenta osobistego/podopiecznego pod warunkiem, że:

a) będzie prowadzona ewidencja biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych, zawierająca m.in. informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych asystenta, daty i celu podróży; (załącznik nr 7)

b) będzie prowadzona ewidencja przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta (załącznik nr 8) lub ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką, zawierająca następujące informacje: dane asystenta, datę i cel podróży, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd;

c) koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu jest wliczony w czas pracy asystenta jedynie w przypadku obecności uczestnika Programu;

3. W ramach Programu zapewnione zostaną środki ochrony osobistej dla zaangażowanych asystentów – zakupu dokona wykonawca usługi. Koszty te zostaną zwrócone wykonawcy, jednak w wysokości nie większej niż 50,00 zł miesięcznie na każdego asystenta. pod warunkiem przedstawienia kopii faktur/rachunków potwierdzających nabycie środków ochrony osobistej, wraz z comiesięcznym potwierdzeniem odbioru środków ochrony na konkretną kwotę przez każdego z asystentów.

4. Zakup środków ochrony osobistej oraz dojazd własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką, asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu, zostaną zwrócone wyłącznie w odniesieniu do tych wydatków, które zostaną zrealizowane w terminie do 30. dnia od daty odwołania ogłoszonego w dniu 20 marca 2020r. stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej z powodu zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

5. Wykonawca dokonuje ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej osób zaangażowanych do realizacji usług asystencji osobistej przed rozpoczęciem świadczenia usług na sumę ubezpieczenia nie mniejszą niż 50 000,00 zł. Zamawiający dokona zwrotu kosztów ubezpieczenia OC asystentów osobistych osób niepełnosprawnych w wysokości nie większej niż 150,00 zł rocznie na jednego asystenta pod warunkiem przedstawienia przez Wykonawcę wraz z rachunkiem kopii polisy ubezpieczeniowej oraz oświadczeniem o objęciu w ramach tej polisy ubezpieczeniem asystentów osobistych wykazanych do realizacji usługi asystenckiej.

#### § 9

Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługi asystenta.

#### § 10

Cyklicznie prowadzony jest monitoring i kontrola jakości świadczonych usług asystenta przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego (załącznik nr 3 do Regulaminu).

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022\***

**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 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 ,

10. Która z wymienionych 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?

.....

## II. ŚRODOWISKO:

1 W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1 czynności samoobsługowe **Tak****/Nie**

2 czynności pielęgnacyjne **Tak****/Nie**

3 w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak****/Nie**

4 w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**

5 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, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

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

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

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

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

b) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).



3 Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Karta realizacji usług asystenta

nr .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu .....

.....

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

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

13.					
14.					
15.					

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu ..... 2022 r. wyniosła ..... godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu

wyniósł ..... zł – koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 zł miesięcznie\*\*

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

.....  
Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

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

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

\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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

Piekary Śląskie, dnia.....

### PROTOKÓŁ OCENY JAKOŚCI I ZAKRESU USŁUG

W dniu..... pracownik socjalny.....

Przeprowadził kontrolę świadczonych usług u Pani/Pana .....

zam. Piekary Śląskie ul. ....

Rodzaj ocenianych usług:	Oceniane usługi świadczone są w wymiarze:	Podmiot realizujący oceniane usługi:
1) opiekuńcze <input type="checkbox"/>	.....	.....
2) specjalistyczne <input type="checkbox"/>	.....	.....
3) specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/>	.....	.....
4) inne <input type="checkbox"/>	.....	.....
.....		
Imię i nazwisko pracownika / pracowników świadczącego oceniane usługi.....	Rodzaj wizyty w środowisku: - zapowiedziana / niezapowiedziana* - z udziałem / bez udziału opiekunki * - z udziałem osoby świadczącej usługę*	
.....		
.		

#### I. Ocena jakości realizacji usług:

1. Czy usługi są świadczone zgodnie z zakresem czynności oraz wydaną decyzją ?

**Tak**  **Zgłoszono uwagi**

2. Czy usługi są świadczone o ustalonych porach dnia i godzinach oraz czy czas świadczonych usług jest zgodny z wydaną decyzją ?

**Tak**  **Zgłoszono uwagi**

3. Czy prowadzony jest zeszyt rozliczeniowy oraz karta pracy?. Jeśli tak to należy dokonać jego wglądu

**Tak**  **Zgłoszono uwagi**

4. Czy klient jest zadowolony z jakości świadczonych usług ?

**Tak**  **Zgłoszono uwagi**  **Nie weryfikowano**

5. Czy w ocenie pracownika socjalnego usług i świadczone są na poziomie zadowalającym (zarówno jakość świadczonych usług jest odpowiednia jak i relacje pomiędzy podopiecznym a opiekunką są poprawne)

**Tak**  **Zgłoszono uwagi**

6. Uwagi dotyczące oceny jakości realizacji usług w zakresie wskazanym w pkt. 1-5:

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

## II. Ocena potrzeb w zakresie zapewnienia usług:

1. Czy osoba korzystająca z usług, korzysta z wsparcia innych osób lub instytucji w formie usługowej?

Tak  Nie

2. Czy zdaniem pracownika socjalnego ilość godzin i zakres świadczonych usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych / spec. usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi\* lub inne należy zmienić?

Tak  Nie

3. Uwagi dotyczące potrzeb w zakresie zapewnienia usług:

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

4. Planowane kolejne wizyty kontrolne (w związku ze stopniem zabezpieczenia potrzeb oraz kondycją podopiecznego):

Częściej niż 1 raz w tygodniu

1 w tygodniu

2 razy w miesiącu

1 raz w miesiącu

inne.....

## III. Pozostałe informacje uzyskane w trakcie oceny jakości i zakresu usług.

1. Czy występują zaległości za świadczone usługi:

Tak  Nie  Nie dotyczy

2. Informacje o sposobie uregulowania należności: .....

3. Uwagi i spostrzeżenia pracownika socjalnego dotyczące funkcjonowania osoby, jej zdolności do samodzielnej egzystencji, warunków życia itp.

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

4. Uwagi i wyjaśnienia osoby świadczącej usługi– jeśli stwierdzono nieprawidłowości w sposobie realizacji lub dokumentowania usług.

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

.....  
Podpis świadczeniobiorcy\*\*

.....  
Podpis pracownika socjalnego

.....  
Podpis świadka / opiekunki/ osoby świadczącej usługi \*\*

\* zaznacz właściwe

\*\* jeśli możliwe jest jego złożenie

**Piekary Śląskie, dnia.....**

**Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1 wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a.a myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
  - a.b czesaniu
  - a.c goleniu
  - a.d obcinaniu paznokci rąk i nóg
  - a.e zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
  - a.f zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń
  - a.g przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
  - a.h słaniu łóżka i zmianie pościeli
- 1 wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - 1.a sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - 1.b dokonywaniu bieżących zakupów (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)
  - 1.c myciu okien
  - 1.d utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

- 1.e praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 1.f podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
- 1.g transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 2 wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
  - 2.a pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
  - 2.b pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
  - 2.c pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
  - 2.d pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
  - 2.e asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami
  - 2.f transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta
- 3 wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
  - 3.a wyjście na spacer
  - 3.b asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
  - 3.c wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
  - 3.d wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
  - 3.e notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
  - 3.f pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni
  - 3.g wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

Miejscowość, dnia.....

## **Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

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:

- a Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich z siedzibą przy ul. Biskupa Nankera 103, 41-949 Piekary Śląskie, (nr tel.: 32 288 35 74, adres e-mail: [biuro@mopr.piekary.pl](mailto:biuro@mopr.piekary.pl)), reprezentowany przez Dyrektora – Macieja Gazdę
- b We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@mopr.piekary.pl](mailto:iod@mopr.piekary.pl)
- c Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
- d 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 2022, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
- e 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.



- f Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
- g 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
- h 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](mailto: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 2022 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.**

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”, informuję, 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](mailto: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: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu: 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 2022. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO w związku z 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 2022, a także innym podmiotom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra).

## **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 2022, 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 przekazała nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

### **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 2022.