

**Zarządzenie nr 7/2023  
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
w Piekarach Śląskich**

**z dnia 27.01.2023**

w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 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 56/MOPR/2023 Prezydenta Miasta Piekary Śląskie z dnia 20 stycznia 2023r.

zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuję wszystkich kierowników do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

**Regulamin  
realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
w Piekarach Śląskich**

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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 jest na terenie Miasta Piekary Śląskie w okresie do 31.12.2023r.

2. Adresatami Programu są:

a) dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji 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. Dodatkowym założeniem jest, aby minimum 70% uczestników Programu stanowiły osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia (tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem 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), w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją.

4. Planowana realizacja 2280 godzin usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 (1x 840h i 2x 720h).

§ 3

1. Kwalifikacja osób będzie się odbywać do wyczerpania założonej liczby uczestników Programu tj. 3 osób - z czego zakłada się rekrutację: 2 dorosłych osób niepełnosprawnych posiadających znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważny, 1 osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną.

2. Jeśli w trakcie realizacji usług asystencji osobistej uczestnik Programu lub jego opiekun zrezygnuje z kontynuacji wsparcia, zadeklaruje chęć rezygnacji z części godzin wsparcia lub kontynuacja wsparcia nie będzie możliwa – na jego miejsce zostanie zakwalifikowana inna osoba – o ile będzie to możliwe i zasadne - z uwzględnieniem limitów godzin asystencji osobistej przypadających na 1 uczestnika Programu.

3. Osoby zainteresowane mogą składać wnioski o objęcie tą formą wsparcia zarówno osobiście, na piśmie jak i w drodze zgłoszenia telefonicznego, weryfikowanego przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej MOPR w Piekarach Śląskich.

4. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

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

6. Pracownik socjalny Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej każdorazowo potwierdza uprawnienia do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej na załączniku nr 1, o którym mowa w ust. 5 oraz wypełnia kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu na załączniku nr 2 do Regulaminu, której kopia w przypadku pozytywnego zakwalifikowania zostanie przekazana realizatorowi usługi.

7. O przyznaniu usług decyduje kierownik lub z-ca kierownika Działu Aktywizacji Społecznej, po otrzymaniu przez tuł. Ośrodek kart zgłoszenia do Programu.

8. Przy wyborze osób obejmowanych wsparciem stosuje się następujące kryteria punktacyjne – przy spełnieniu wymogów podstawowych o których mowa w § 2 ust. 2:

a) w zakresie niepełnosprawności:

- osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia oraz do ukończenia 24 roku życia w przypadku pobierania nauki w szkole - 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), w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją – 15 punktów

- osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną – 10 punktów

- osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 5 pkt.

b) wsparcie rodziny:

- osoby zamieszkujące samotnie, pozbawione całkowicie wsparcia usługowego osób najbliższych lub zamieszkujące w rodzinie, w przypadku dzieci do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności oraz do ukończenia 24 roku życia w przypadku pobierania nauki w szkole – 10 pkt.

- osoby zamieszkujące w rodzinie całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolnione – 10 pkt.

- osoby zamieszkujące samotnie, posiadające ograniczone wsparcie usługowe osób najbliższych oraz osoby zamieszkujące w rodzinie, w której poza osobą ubiegającą się o usługi Asystenta, co najmniej jedna inna osoba posiada stopień niepełnosprawności lub jest w wieku senioralnym tj. powyżej 65 roku życia – 5 pkt.

c) korzystanie ze wsparcia w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2022:

- niekorzystający i korzystający w wymiarze od 0 do 180 godzin – 10 pkt.

- korzystający w wymiarze od 180 godzin do 360 godzin – 5 pkt.

d) możliwość skorzystania z innych – alternatywnych form wsparcia (usługi opiekuńcze, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami):

- osoba na dzień złożenia wniosku oraz w okresie ostatnich 3 miesięcy nie korzystała z alternatywnych form wsparcia o podobnym charakterze – 5 pkt.

9. Adekwatność wsparcia w formie usługi Asystenckiej ocenia się wg kryteriów zawartych w załączniku nr 9 do Regulaminu.

10. W przypadku takiej samej punktacji u osób zgłaszających się do Programu pierwszeństwo uzyskują osoby z niepełnosprawnością sprzężoną.

11. O zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu informuje się osobę niepełnosprawną lub jej opiekuna prawnego na piśmie.

#### § 4

MOPR w trybie przewidzianym dla zamówień publicznych dokona wyboru wykonawców usługi.

## § 5

1. Rozliczenie usługi następuje na podstawie prowadzonej karty realizacji usług, która stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.
2. Rozliczenie wykorzystania pojazdu do celów wskazanych w Programie dokonywane jest na podstawie ewidencji przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu.
3. Rozliczanie biletów winno odbywać się w oparciu o ewidencję biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu.

## § 6

Cyklicznie prowadzony jest monitoring i kontrola jakości świadczonych usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego na podstawie protokołu kontroli usług (załączniku nr 6 do Regulaminu).

## § 7

1. Uczestnicy Programu nie ponoszą odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.
2. Uczestnicy są zobowiązani do zapoznania się z klauzulami RODO stanowiącymi załącznik nr 7 i nr 8 do Regulaminu

## § 8

Zasady i realizacja poszczególnych zadań odbywa się na podstawie obowiązujących wytycznych zapisów Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”- edycja 2023.

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. Telefon kontaktowy: .....

4. Data urodzenia: .....

5. Wykształcenie: .....

6. Zawód wyuczony: .....

7. Status na rynku pracy: .....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina 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 powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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:

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

- 1 czynności samoobsługowe **Tak****Nie**
- 2 wypełnianie ról społecznych **Tak****Nie**
- 3 w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****Nie**
- 4 w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak****Nie**

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

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

.....

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: .....

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

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

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

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

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

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

- 1 w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie

- c) myciu okien
- d) w utrzymaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
- g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

2 wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

- a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
- b) czesaniu
- c) goleniu
- d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
- e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
- f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
- h) śłaniu łóżka i zmianie pościeli

3 wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

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

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

- a) wyjście na spacer
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultury religijnej, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

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

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

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 zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
- 3 Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- 4 Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

### **Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu**

#### **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023**

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1 wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
  - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
  - b) czesaniu
  - c) goleniu
  - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
  - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
  - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
  - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
  - h) słaniu łóżka i zmianie pościeli
  
- 2 wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie
  - c) myciu okien
  - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
  - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
  - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
  
- 3 wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
  - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej

- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;
- f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta☐;

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

- a) wyjście na spacer☐;
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się☐;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ☐;
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

Miejscowość, dnia .....

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od .....

..... do .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu ..... 2023 r. wyniosła .....

..... godzin.  
Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych 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 – 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

## Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

.....  
.....  
Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej  
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

### EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc ..... r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystent a/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu * zł gr	Wartość (8)x(9) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Podsumowanie strony</b>											
<b>Do przeniesienia/Z przeniesienia</b>											
<b>Razem</b>											

\*Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z późn. zm.) i wynosi:  
 – dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm<sup>3</sup> – 0,5214 zł;  
 – dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm<sup>3</sup> – 0,8358 zł;  
 – dla motocykla – 0,2302 zł;  
 – dla motoroweru – 0,1382 zł.

.....  
Data i podpis asystenta

.....  
.....  
Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej  
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

za miesiąc ..... r.

L p.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania biletów	Liczba pobranych biletów	Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
Data i podpis asystenta

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

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres e-mail: [iodo@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

**Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

**Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

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

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

1. Administratorem danych osobowych jest 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
2. 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)
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez 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.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).
9. 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.
10. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Załącznik nr 9 do Regulaminu  
realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

1. Ocena Adekwatności wsparcia w formie usługi Asystenckiej

Kategoria niezbędnego wsparcia:	W pełni niezależna lub nie wymaga – 0 pkt.	Wymaga wsparcia – 2 pkt.	Całkowicie zależna – 1 pkt
<b>Wsparcie w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego</b>			
Wymaga wsparcia i pomocy w sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci			
Wymaga wsparcia i pomocy w dokonywaniu bieżących zakupów;			
Wymaga wsparcia i pomocy przy myciu okien;			
Wymaga wsparcia i pomocy w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, itp.)			
Wymaga wsparcia i pomocy w praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);			
Wymaga wsparcia i pomocy podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;			
Wymaga wsparcia i pomocy w transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);			
<b>Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych</b>			
Wymaga wsparcia i pomocy w myciu głowy, myciu ciała, kąpieli;			
Wymaga wsparcia i pomocy w czesaniu;			
Wymaga wsparcia i pomocy w goleniu;			
Wymaga wsparcia i pomocy w obcinaniu paznokci rąk i nóg;			
Wymaga wsparcia i pomocy w zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;			
Wymaga wsparcia i pomocy w zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń;			
Wymaga wsparcia i pomocy w przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;			
Wymaga wsparcia i pomocy w sianiu łóżka i zmianie pościeli;			
<b>Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania</b>			
Wymaga wsparcia i pomocy w pchaniu wózka osoby niepełnosprawnej;			
Wymaga wsparcia i pomocy w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);			
Wymaga wsparcia i pomocy w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;			
Wymaga wsparcia i pomocy we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;			
Wymaga wsparcia i pomocy w formie			

asystowania podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu;			
<b>Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem</b>			
Wymaga wsparcia i pomocy w wyjściu na spacer;			
Wymaga wsparcia i pomocy w formie asystowania podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc;			
Wymaga wsparcia i pomocy w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);			
Wymaga wsparcia i pomocy w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;			
Wymaga wsparcia i pomocy w formie notowania dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;			
Wymaga wsparcia i pomocy w zmianie ubioru i pozycji podczas wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru;			
Wymaga wsparcia i pomocy w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)			
<b>Suma uzyskanych punktów</b>			

Ocena adekwatności usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz zakres możliwego wsparcia rodziny lub innych osób najbliższych:

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis pracownika weryfikującego sytuację wnioskodawcy w miejscu zamieszkania wnioskodawcy

2. Uzyskane punkty w pozostałych kategoriach podlegających ocenie:

- a) w zakresie niepełnosprawności.....
- b) w zakresie wsparcia rodziny .....
- c) w zakresie korzystania ze wsparcia w ramach programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2022 .....
- d) w zakresie możliwość skorzystania z innych – alternatywnych form wsparcia (usługi opiekuńcze, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami):.....

3. Suma uzyskanych punktów .....

.....  
podpis osoby zatwierdzającej