

Zarządzenie nr 7/2024
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

z dnia 12.01.2024r.

w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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.

zarządza się, co następuje :

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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

Wykonanie oraz nadzór nad wykonaniem niniejszego Zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Aktywizacji Społecznej.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2024r.

Maciej Gazda
Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Piekarach Śląskich

Regulamin
realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.

2. Adresatami Programu mogą być :

a) dzieci do ukończenia 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 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 2023 r. poz. 100, z późn.zm.).

3. Dodatkowym założeniem jest, aby minimum 90% 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 12 330 godzin usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (6x 680h, 14x 545h, 1x260h, 1x360h).

§ 3

1. Kwalifikacja osób będzie się odbywać do wyczerpania założonej liczby uczestników Programu tj. 22 osób z czego :

a) 14 dorosłych osób niepełnosprawnych posiadających znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważne,

b) 6 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

c) 1 osoba niepełnosprawna posiadająca umiarkowany stopień niepełnosprawności lub równoważne,

d) 1 dziecko w wieku do ukończenia 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności.

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. Rekrutacja ma charakter otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników.

5. W przypadku braku wolnych miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa.

6. Kandydat/ka lub w przypadku osób niepełnoletnich rodzic/opiekun prawny lub w przypadku osób ubezwłasnowolnionych opiekun prawny ubiegający/a się o udział w Programie:

- a) wypełnia załącznik nr 1 do Regulaminu – Karta zgłoszenia do Programu wraz informacją uzupełniającą;
- b) wypełnia załącznik nr 2 do Regulaminu – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu;
- c) załącza kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

7 Dokumenty rekrutacyjne należy:

- a) wypełnić w sposób czytelny, w języku polskim, odręcznie lub komputerowo;
- b) wypełnić wszystkie pola w wymaganych załącznikach;
- c) podpisać we wszystkich wskazanych polach odręcznie, przy czym:
 - w przypadku osób niepełnoletnich – podpis składa rodzic/opiekun prawny,
 - w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – podpis składa opiekun prawny.

6. Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Programu.

7. Realizator zastrzega, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie oznacza przyjęcia do Programu.

8. Pracownik socjalny Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej każdorazowo dokonuje oceny adekwatności wsparcia w formie usługi asystenckiej stanowiącej załącznik nr 9 do Regulaminu.

9. Uczestnik Programu lub opiekun prawny zobowiązani są aktualizować Kartę zgłoszenia do Programu stanowiącą załącznik nr 1 do Regulaminu w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.

10. Kryteria wyboru:

a) Podstawowe:

- spełnienie kryteriów dostępu określonych w ust. 1,
- adekwatność usługi asystenta osobistego do potrzeb (na podstawie dokumentacji – zał. 1 i 2 do Regulaminu),
- ocena adekwatności wsparcia w formie usługi asystenckiej – załącznik nr 9 do Regulaminu,
- brak możliwości skorzystania z innych form wsparcia dla osób niepełnosprawnych o podobnym charakterze.

b) W przypadku podobnej charakterystyki osób zgłaszających się do Programu pierwszeństwo uzyskują osoby z niepełnosprawnością sprzężoną.

c) Kryterium dodatkowym może być także kolejność zgłoszeń.

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

§ 4

1. Usługi asystenta mogą świadczyć:

a) osoby 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:

b) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu lub:

c) osoby wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

2. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 1, pkt. b) może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

3. W przypadku, gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci z niepełnosprawnością do 16 roku życia wymagane jest także:

- a) zaświadczenie o niekaralności;
 - b) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru.
 - c) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
4. Informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru zostanie zweryfikowana przez upoważnionego pracownika Działu Organizacji, Kadr i Płac na podstawie wypełnionego załącznika nr 10 do Regulaminu. Po weryfikacji wydruk z systemu zostanie przekazany do pracownika Działu Aktywizacji Społecznej.

§ 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu.
3. Rozliczanie biletów winno odbywać się w oparciu o ewidencję biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu.

§ 6

Cyklicznie prowadzony jest monitoring i kontrola jakości świadczonych usług przez pracowników socjalnych Zespołu Usług i Wsparcia Społecznego Działu Aktywizacji Społecznej (na 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.
3. Uczestnicy Programu zobowiązani są do zapoznania się z Regulaminem realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich.

§ 8

Zasady i realizacja poszczególnych zadań odbywa się na podstawie obowiązujących wytycznych zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

Maciej Gazda
Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Piekarach Śląskich

.....
.....

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

II. ŚRODOWISKO:

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) stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak / Nie** .

2. Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak / Nie** ;
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak / Nie** ;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak / Nie** ;
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak / Nie** ;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak / Nie** ;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak / Nie** .

3. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak / Nie** ;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak / Nie** ;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak / Nie** ;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak / Nie** ;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak / Nie** ;
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak / Nie** .

4. Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak / Nie** ;
- b) wyjście na spacer **Tak / Nie** ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak / Nie** ;
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak / Nie** ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak / Nie** ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak / Nie** ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak / Nie** ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak / Nie** ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak / Nie** .

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

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

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

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

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

.....

.....

.....

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

Tak / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- 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 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

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

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:

- a) korzystanie z toalety ;
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ;
- c) czesanie ;
- d) golenie ;
- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ;
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg ;
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ;
- h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ;
- i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ;
- j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ;
- k) sianie łóżka i zmiana pościeli .

2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
- 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) ;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .

3) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .

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

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;
- b) wyjście na spacer ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
- 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 ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania

codziennych decyzji.

Miejscowość, dnia

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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 2024r. 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 z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....
 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2024 r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu *	Wartość (9)x(10)	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 zł gr	11 zł gr	12	13
Podsumowanie strony												
Do przeniesienia/Z przeniesienia												
Razem												

* 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 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta

.....
Data i podpis asystenta

Piekary Śląskie, dnia.....

**PROTOKÓŁ OCENY JAKOŚCI I ZAKRESU USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024**

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

Przeprowadził kontrolę usług asystencji osobistej u Pani/Pana

..... zam. Piekary Śląskie ul.....

Rodzaj wizyty w środowisku:

- zapowiedziana / niezapowiedziana*
- z udziałem / bez udziału asystenta/tki *

I. Ocena jakości realizacji usług asystencji osobistej przez klienta:

1. Czy klient jest zadowolony z jakości świadczonych usług?

- Tak
- Zgłoszono uwagi (jakie.....)

2. Uwagi pracownika kontrolującego usługi asystencji osobistej (jeśli dotyczy)

II. Prawidłowość realizacji usług asystencji osobistej.

1. Czy zakres usług asystencji osobistej realizowany jest zgodnie z Kartą zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

- Tak
- Nie
- Zgłoszono uwagi (jakie).....

2. Czy w w godzinach realizacji usług asystencji osobistej były świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze

- Tak
- Nie
- Nie weryfikowano

3. Czy w ramach Programu asystent towarzyszył uczestnikowi Programu w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych

Tak

Nie

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.....

.....
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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 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 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”, 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 email: 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.-

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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), 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
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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).

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

**Ocena adekwatności wsparcia w formie usługi asystencji osobistej
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024**

Kategoria niezbędnego wsparcia:	W pełni niezależna lub nie wymaga – 0 pkt.	Wymaga wsparcia – 2 pkt.	Całkowicie zależna – 1 pkt
Wsparcie w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego			
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 w 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)			
Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych			
Wymaga wsparcia i pomocy w myciu głowy, myciu ciała, kąpiel			
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. przesiedaniu 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			
Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			
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			
Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			
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			

Suma uzyskanych punktów

Ocena adekwatności usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.....
 - d) w zakresie możliwość skorzystania z innych – alternatywnych form wsparcia (usługi opiekuńcze, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami):.....
3. Suma uzyskanych punktów

.....
podpis osoby zatwierdzającej

.....
(Miejscowość i data)

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

PESEL

Data urodzenia

Imiona rodziców

.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w związku z art 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 31 z późniejszymi zmianami).

.....
(czytelny podpis)