

**UCHWAŁA NR 253/1479/2023**  
**ZARZĄDU POWIATU RACIBORSKIEGO**

z dnia 19 grudnia 2023 r.

**w sprawie przyjęcia regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Powiat Raciborski ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1526 ze zm.), w związku z art. 6 pkt 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 647 ze zm.)

**ZARZĄD POWIATU RACIBORSKIEGO**  
**uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Powiat Raciborski ze środków Funduszu Solidarnościowego, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. 1. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Referatu Spraw Społecznych.

2. Nadzór nad wykonaniem uchwały sprawować będzie Wicestarosta.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

RADCA PRAWNY

**Dominika Fojcik-Knura**

STAROSTA

**Grzegorz Swoboda**

## **Uzasadnienie**

Zgodnie z regulacją art. 19 pkt 16 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 901 ze zm.) do zadań własnych powiatu należy podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych. Natomiast art. 115a wspomnianej ustawy stanowi, że zadania określone w ustawie mogą być finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, na zasadach określonych w ustawie z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 647 ze zm.).

Dnia 29 sierpnia 2023 r. Zarząd Powiatu Raciborskiego przyjął uchwałę nr 236/1361/2023 dotyczącą przystąpienia Powiatu Raciborskiego do realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, który ma na celu zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.

Śląski Urząd Wojewódzki poinformował, iż decyzją Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Powiat Raciborski otrzymał kwotę 314 580,00 zł na realizację usług asystencji osobistej w ramach programu oraz kwotę 6 291,60 zł na jego obsługę.

Mając wspomniane na względzie zachodzi konieczność przyjęcia Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Powiat Raciborski ze środków Funduszu Solidarnościowego

Wobec powyższego, w tym stanie prawnym i faktycznym, podjęcie uchwały jest celowe i uzasadnione.

KIEROWNIK REFERATU  
SPRAW SPOŁECZNYCH

**Aleksander Kasprzak**

WICESTAROSTA

**Marek Kurpis**



## **Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, realizowanego przez Starostwo Powiatowe w Raciborzu ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 3 października 2018r. o Funduszu Solidarnościowym (t.j. Dz.U. z 2023, poz. 647 ze zm.),
- Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

### **§ 1**

#### **Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, zwanym dalej Programem, jest wsparcie osób z niepełnosprawnością w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
2. Realizatorem Programu, zwanym dalej „Realizatorem”, z ramienia Powiatu Raciborskiego jest Starostwo Powiatowe w Raciborzu.
3. Program realizowany jest w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego. Osoba z niepełnosprawnością, zwana dalej „Uczestnikiem Programu”, **nie ponosi odpłatności** za usługi świadczone w ramach Programu.
4. Usługi asystencji osobistej – zwane dalej „usługami”, świadczone będą na rzecz mieszkańców powiatu raciborskiego.
5. Odbiorcami usług asystencji osobistej w powiecie raciborskim w roku 2024 są:
  - **dzieci** do ukończenia 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie **ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności** – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji – w liczbie 2,
  - osoby z niepełnosprawnością posiadające orzeczenie **o znacznym stopniu niepełnosprawności** lub traktowane na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – w liczbie 7,
  - osoby z niepełnosprawnością **sprzężoną** posiadające orzeczenie **o znacznym stopniu niepełnosprawności** lub traktowane na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – w liczbie 6.

6. Usługi asystencji osobistej świadczone będą zgodnie z Programem przez asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „Asystentem”, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z Realizatorem.
7. Usługi asystenta polegają w szczególności na jego pomocy przy:
  - wykonywaniu przez Uczestnika Programu czynności samoobsługowych,
  - prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,
  - przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
  - podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
8. Zakres czynności asystenta określony jest w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu, stanowiącej załącznik nr 5 do Regulaminu.
9. W godzinach świadczenia usług nie mogą być świadczone inne usługi opiekuńcze finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.
10. Usługi realizowane są na zasadzie współdziałania Uczestnika Programu z Asystentem.
11. Asystent uwzględni decydujący wpływ Uczestnika Programu na podejmowane wspólnie działania i jego sytuację życiową.
12. Asystenta i Uczestnika Programu obowiązuje relacja wzajemnego szacunku.

## § 2 Zgłoszenia do Programu

1. W roku 2024 w ramach Programu planowane jest objęcie usługami do 15 osób z niepełnosprawnością, w tym 2 dzieci do ukończenia 16 roku życia.
2. Zgłoszenia będą przyjmowane w formie pisemnej w Starostwie Powiatowym w Raciborzu, pl. Stefana Okrzei 4, w Referacie Spraw Społecznych pok. 9B od poniedziałku do piątku, w godzinach: od 8:00 do 14:00.
3. Zgłoszenie przystąpienia do Programu następuje poprzez złożenie:
  - a) karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 – stanowiącej **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu, sporządzonej według wzoru udostępnionego w Programie,
  - b) kserokopii aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osoby niepełnosprawnej objętej wsparciem (**oryginał do wglądu**),
  - c) kserokopii pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**) – jeśli dotyczy,
  - d) dokumentu wskazania Asystenta/oświadczenie – **załącznik nr 2** Do Regulaminu,
  - e) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO Realizatora stanowiącej **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
  - f) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowiącej **załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu.
4. Zgłoszenie kandydata na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością następuje poprzez złożenie:
  - a) curriculum vitae;
  - b) dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe lub doświadczenie we wskazanym w Programie zakresie;

- c) w przypadku usług świadczonych na rzecz dzieci wymaga się również:
    - zaświadczenia o niekaralności,
    - pisemnej informacji o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru,
    - pisemnej akceptacji osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością;
  - d) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO Realizatora stanowiącej **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu;
  - e) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowiącej **załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu.
5. Kandydat na Uczestnika Programu nie może korzystać z tego samego typu wsparcia w innych programach w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmującej analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł w czasie trwania realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
6. Zgłoszenie do Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem usługi asystencji osobistej.

### § 3

#### **Ocena zgłoszeń i potwierdzenie zakwalifikowania**

1. Zgłoszenia będą podlegały ocenie formalnej. Ocena formalna polega na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów, w tym ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego.
2. W przypadku złożenia niekompletnego zgłoszenia pracownik Referatu Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Raciborzu poinformuje telefonicznie lub drogą elektroniczną o występujących w zgłoszeniu brakach, które powinny zostać usunięte w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia poinformowania pod rygorem pozostawienia zgłoszenia bez rozpatrzenia.
3. Kompletnie wnioski będą podlegały ocenie merytorycznej w celu zakwalifikowania osób do skorzystania z usługi.
4. Merytorycznej ocenie podlegać będzie przede wszystkim uzasadniona potrzeba korzystania ze wsparcia Asystenta.
5. W przypadku większej liczby zgłoszeń, ponad limit miejsc w Programie, w pierwszej kolejności do Programu zostaną zakwalifikowane osoby z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.
6. Osoby kwalifikujące się do udziału w Programie, którym nie przyznano usługi z powodu wykorzystania limitu uczestników lub środków zostaną wpisane na listę rezerwową.
7. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej, będzie wskazywana kolejna osoba z listy rezerwowej.
8. Pracownik Referatu Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Raciborzu poinformuje telefonicznie, za pomocą wiadomości SMS lub drogą mailową o przyznaniu, odmowie przyznania lub wpisaniu na listę rezerwową usługi asystencji osobistej.
9. Realizator zastrzega sobie możliwość:
  - a) przyznania Uczestnikowi Programu mniejszej liczby godzin niż wnioskowana przez niego w zgłoszeniu;
  - b) zmiany w trakcie trwania usługi asystencji osobistej liczby przyznanych godzin usług asystencji osobistej;

- c) odmowy kontynuowania świadczenia usług asystencji osobistej w przypadku stwierdzenia nieadekwatności przyznanego wsparcia do rzeczywistych potrzeb osoby niepełnosprawnej, zgodnych z nadrzędnym celem Programu, którym jest dążenie do poprawy funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w jej środowisku, zwiększenia możliwości zaspokajania jej potrzeb oraz włączenia jej w życie społeczne;
- d) zmiany asystenta świadczącego usługi w uzasadnionych przypadkach.

#### § 4 Asystent osobisty

1. Świadczenie usług asystencji osobistej może zostać zlecone przez Realizatora osobie niebędącej członkiem rodziny Uczestnika Programu, opiekunem lub osobą zamieszkującą z Uczestnikiem Programu jeśli spełnia **jeden z poniższych warunków**:
  - a) wskazana została przez Uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego w Karcie zgłoszenia do Programu; lub
  - b) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
  - c) posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, wolontariat w postaci udzielania wsparcia osobom z niepełnosprawnościami, przy czym doświadczenie to musi zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy.

#### § 5 Szczegóły realizacji usług asystencji osobistej

1. Rodzaj usług oraz ich zakres godzinowy uzależnione są od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością i uwzględniają stopień i rodzaj niepełnosprawności.
2. Z usług jednego asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden Uczestnik Programu.
3. Limit godzin usług przypadających na jednego Uczestnika Programu uzależniony jest od indywidualnych potrzeb i wynosi nie więcej niż:
  - a) **384 godzin** w roku 2024 dla osób z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne),
  - b) **360 godzin** w roku 2024 dla dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
4. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 następujące po sobie godziny.
5. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Uczestnika Programu lub czas czynności wykonywanych z Uczestnikiem Programu poza jego miejscem zamieszkania.

6. Do czasu realizacji usługi **nie wlicza się** czasu dojazdu do i od Uczestnika Programu.
7. Do czasu realizacji usługi wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
8. Uczestnik Programu zobowiązany jest informować Realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta oraz aktualizacji zgłoszenia do Programu w przypadku zmiany danych z nim związanych.
9. Uczestnik Programu może złożyć rezygnację z uczestnictwa w Programie lub inne istotne informacje, dotyczące realizacji usługi asystencji osobistej drogą pisemną na adres Realizatora: Starostwo Powiatowe w Raciborzu, pl. Stefana Okrzei 4, 47-400 Racibórz lub w Referacie Spraw Społecznych w Starostwie Powiatowym, pokój 9B.
10. Asystent przerywa realizację usługi i niezwłocznie informuje Realizatora, jeżeli:
  - a) sytuacja zastana w miejscu świadczenia usługi lub wykonywanie danej czynności zagraża zdrowiu lub życiu Asystenta, Uczestnika Programu lub osób trzecich,
  - b) Uczestnik Programu jest agresywny lub jego postawa nie pozwala na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami regulaminu,
  - c) zachodzi podejrzenie, iż działania Uczestnika Programu zmierzają do złamania prawa.
11. Asystent ma **możliwość zakupu biletów wstępu** na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp., jeśli towarzyszy Uczestnikowi Programu.
12. Asystent nie ma prawa wprowadzania do domu Uczestnika Programu osób nieupoważnionych.
13. Asystent nie może palić papierosów i e-papierosów, spożywać alkoholu i używać substancji psychoaktywnych w obecności Uczestnika Programu i w jego miejscu zamieszkania.
14. Zobowiązuje się Asystenta do **zachowania w tajemnicy** wszystkich informacji uzyskanych w trakcie wykonywania usług w szczególności do nieujawniania osobom trzecim danych personalnych osób, u których sprawuje usługi asystencji osobistej, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej.

## § 6

### Rozliczanie i monitoring usług

1. Przyjmuje się **miesięczny okres rozliczeniowy** usług asystencji osobistej świadczonych przez Asystentów.
2. Rozliczenie odbywa się na podstawie prawidłowo wypełnionej i zatwierdzonej przez Realizatora **Karty realizacji usług**, której wzór stanowi załącznik nr 6 do Regulaminu. Uczestnik Programu lub opiekun prawny Uczestnika Programu oraz Asystent zobowiązani są każdorazowo potwierdzić realizację usługi swoim podpisem na Karcie realizacji usług asystencji osobistej. Kartę realizacji usług należy **uzupełniać na bieżąco** tj. po wykonaniu każdej usługi asystenckiej.
3. Godziny pracy Asystenta wykraczające poza przyznany limit usług asystencji osobistej nie będą podlegały rozliczeniu.
4. Koszt przejazdu Asystenta z Uczestnikiem Programu od jego miejsca zamieszkania i z powrotem, a także jego czas podlega ewidencji oraz wliczany jest w czas pracy Asystenta. Rozliczenie kosztów następuje na podstawie prawidłowej ewidencji biletów komunikacji publicznej/prywatnej lub ewidencji przebiegu pojazdu stanowiącego własność Asystenta lub pojazdu udostępnionego przez osobę trzecią – załączniki od nr 7 do 9 niniejszego Regulaminu.

5. Realizator Programu upoważniony jest do dokonywania doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu ich realizacji sporządzając dokumentację w formie pisemnej.
6. Korzystanie z usług asystencji osobistej oznacza jednocześnie wyrażenie zgody Uczestnika Programu na prowadzenie przez Realizatora kontroli i monitorowania jakości usług.

## § 7

### **Postanowienia końcowe**

1. Uczestnik Programu zobowiązany jest do przestrzegania niniejszego Regulaminu.
2. Realizator zastrzega sobie możliwość stosowania dokumentów (załączników) nie ujętych w Regulaminie, usprawniających i wpływających na prawidłowe rozliczanie świadczonych usług.
3. Realizator zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w Regulaminie.
- 4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają obowiązujące wytyczne dotyczące Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz obowiązujące przepisy prawne.**

#### Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,
- Załącznik nr 2 – Wskazanie Asystenta – oświadczenie,
- Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna RODO Realizatora,
- Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej,
- Załącznik nr 5 – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,
- Załącznik nr 6 – Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,
- Załącznik nr 7 – Ewidencja przebiegu pojazdu,
- Załącznik nr 8 – Ewidencja biletów komunikacyjnych,
- Załącznik nr 9 – Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką.

KIEROWNIK REFERATU  
SPRAW SPOŁECZNYCH

**Aleksander Kasprzak**

STAROSTA

**Grzegorz Swoboda**

## Karta zgłoszenia do Programu

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

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Status na rynku pracy: .....
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)
  - 2) dysfunkcja narządu wzroku
  - 3) zaburzenia psychiczne
  - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu
  - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak**  / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

<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. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: .....

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko .....

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

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

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

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

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

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

a) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie** ;

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie** ;

c) czesanie **Tak**  / **Nie** ;

- d) golenie **Tak**  / **Nie**
  - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie**
  - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie**
  - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie**
  - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie**
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie**
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie**
  - k) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie**
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – 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.

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”  
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024  
WSKAZANIE ASYSTENTA / OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a .....  
wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Panią/Pana:  
Imię i nazwisko asystenta: .....  
Adres: .....  
Telefon: .....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest w stanie wykonywać czynności związane z świadczeniem usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto oświadczam również, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny<sup>1)</sup>, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.
2. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Powiat Raciborski ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia<sup>2)</sup>.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(czytelny podpis **uczestnika** Programu / opiekuna prawnego)

---

Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby z niepełnosprawnością oraz oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowanego przez Powiat Raciborski ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....  
(data i czytelny podpis **asystenta** osobistego osoby z niepełnosprawnością)

---

<sup>1)</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, wnuki, dziadków, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrma oraz inne osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

<sup>2)</sup> art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

### **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych klientów Starostwa Powiatowego w Raciborzu**

Zgodnie z art. 13 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), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych zbieranych i przetwarzanych przez Starostwo Powiatowe w Raciborzu jest Starosta Raciborski z siedzibą w Raciborzu, Plac Stefana Okrzei 4, e-mail: [starosta@powiatraciborski.pl](mailto:starosta@powiatraciborski.pl)
2. W sprawach związanych z Państwa danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez Administratora, e-mail: [iod@powiatraciborski.pl](mailto:iod@powiatraciborski.pl)
3. W Starostwie Powiatowym w Raciborzu, Państwa dane osobowe przetwarzane będą w procesie: **„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – EDYCJA 2024”** w celu realizacji 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. Przetwarzanie danych w procesie dotyczy osób z niepełnosprawnościami ubiegających się o przyznanie usług asystencji osobistej oraz kandydatów na asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami.
5. Podstawą przetwarzania Państwa 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.
6. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa Państwa dane osobowe przekazywane będą do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewody. Administratorem danych będzie odpowiednio Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5 oraz Wojewoda Śląski, mający siedzibę w Katowicach (40-032), ul. Jagiellońska 25.
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z kategorią archiwalną według Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.01.2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt, oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, przez okres 10 lat od zakończenia celu przetwarzania.
8. Obowiązek podania przez Państwo danych osobowych jest wymogiem prawnym. Konsekwencją niepodania określonych danych będzie nieprzyznanie usługi asystenckiej.
9. Mają Państwo:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (art. 15 RODO);
  - b) prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (art. 16 RODO);
  - c) prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
  - d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
10. W odniesieniu do Państwa danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

.....  
(podpis)

## **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](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 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 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

### **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.

.....

(podpis)

## 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) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania 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) 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
  - 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) wsparcia 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.

Racibórz, 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 ..... 2024 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 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 z niepełnosprawnością.

.....  
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 * zł gr	Wartość (9)x(10) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<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 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 cm<sup>3</sup> – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm<sup>3</sup> – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....  
Data i podpis asystenta

.....

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

### EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc ..... 2024 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
Data i podpis asystenta

.....

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

## EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU

za miesiąc ..... 2024 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data Paragonu/ rachunku/faktury	Środek transportu	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
Data i podpis asystenta