**Zarządzenie Nr 1/2025**

**Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie**

**z dnia 2 stycznia 2025**

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie**

 Na podstawie § 10 ust. 8 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie wprowadzonego do stosowania Zarządzeniem Nr 31/2024 Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie z dnia 2 września 2024 roku w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam do stosowania Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025” w gminie Miejskiej Lubawa realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie

w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuję pracowników do zapoznania się i stosowania niniejszego Regulaminu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

K I E R O W N I K

 Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

 w Lubawie

 *mgr Iwona Marzena Zielińska*

Załącznik do Zarządzenia nr 1/2025

Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy

 Społecznej w Lubawie

z dnia 2 stycznia 2025r.

R**egulamin**

**Realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025” w gminie Miejskiej Lubawa realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie**

Podstawa prawna:

- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U z 2024 poz.1283 z późn. zm)

- art. 7 ust. 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024, poz. 296 i 863)

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego **–**  edycja 2025 w Gminie Miejskiej Lubawa ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach rządowego Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością- edycja 2025”, zwanego dalej Programem.
2. Działania w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**”** dla Jednostek Samorządu Terytorialnego **–** edycja 2025 **–** realizowane są przez Gminę Miejską Lubawa/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, zwany dalej Realizatorem usług w okresie od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025r. na podstawie umowy nr PS-I.946.34.21.2025
3. Program skierowany jest do osób zamieszkujących na terenie gminy Miejskiej Lubawa.
4. Program będzie realizowany od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.
5. Jednostką realizującą Program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.

**§ 2**

**Cel i zakres zadań w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego **–**  edycja 2025 jest wprowadzenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym dla mieszkańców miasta Lubawa tj.:
* Dzieciom od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia 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;
* Osobom z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o:

- znacznym stopniu niepełnosprawności lub

- umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo

- traktowane na równi z wyżej wymienionymi, 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 2024 r. poz. 44 i 858).

1. Usługi asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
2. wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej;
3. wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
4. wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
5. wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
6. Usługi asystencji osobistej świadczone mogą być wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i dostosowane są do potrzeb uczestnika mieszkającego na terenie danej gminy. Korzystanie z wsparcia na terenie innej gminy właściwego z względu na zamieszkiwania możliwe jest tylko w przypadku zawartego porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.

4.Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowane wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnienia tej usługi.

**§ 3**

**Rekrutacja do Programu**

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

1. Programem na terenie gminy Miejskiej Lubawa zostaną objęte osobyz niepełnosprawnością w stopniu znacznym i umiarkowanym oraz dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia zamieszkujące na terenie miasta Lubawa
2. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta osobistego osobyz niepełnosprawnością na podstawie *Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* (załącznik nr 7 do Programu/ załącznik nr 1 do Regulaminu) oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności wraz z dokumentami wymaganymi przez realizatora Programu.
3. Dokumenty można składać w formie papierowej do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie ul. Rzepnikowskiego 9A w godzinach urzędowania od poniedziałku do piątku w godz. 7.15- 15.15 lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP**.**
4. Kwalifikacja do Programu będzie otwarta i prowadzona w sposób ciągły przez cały czas trwania Programu na podstawie Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.
5. Informacja o naborze będzie ogłoszona na stronie internetowej MOPS w Lubawie. Informacja będzie również przekazywana przez pracowników socjalnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie.
6. Za proces kwalifikacji do Programu odpowiedzialna będzie Komisja Kwalifikacyjna, której skład ustali Kierownik Ośrodka. Komisja stworzy listę osób zakwalifikowanych do Programu zatwierdzoną przez Kierownika. Pozostali uczestnicy zostaną wpisani na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do udziału w Programie będzie kierowana kolejna osoba z listy rezerwowej.
7. Złożenie dokumentacji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.
8. Realizator Programu przy przydzielaniu wsparcia w formie usługi asystentury będzie kierował się zakresem potrzeb osób z niepełnosprawnością określonym *w Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* ( Załącznik nr 8 do Programu/ załącznik nr 2 do Regulaminu ) oraz wparciem osób z niepełnosprawnością ze strony rodziny, a także kolejnością złożonych do Ośrodka wniosków.
9. Przyznając usługi asystencji osobistej w pierwszej kolejności uwzględnia się potrzeby:

1) osób z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

2) osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

1. Realizator Programu przy rozpatrywaniu wniosków o wsparcie w formie usług „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” zastrzega sobie możliwość pierwszeństwa przyznania usług dla następujących grup:
2. Osoby z niepełnosprawnością niekorzystające z programów Ministerialnych, np. Programu „Opieka Wytchnieniowa”, Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” realizowanych przez gminę Miejską Lubawa lub inne podmioty;
3. Osób z niepełnosprawnością niekorzystających z innych form wsparcia, m.in. w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz innych usług finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowane ze środków publicznych.
4. Osoby z niepełnosprawnością nie objęte wsparciem Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 i Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2024.
5. W przypadku przyznawania pomocy dla osób korzystających z wsparcia w ramach programu w latach ubiegłych pod uwagę zostanie brana konieczność kontynuowania tej formy pomocy oraz efektywność realizowanych usług asystentury osobistej w latach ubiegłych.
6. Przydzielenie pomocy w ramach Programu uzależniona jest od liczby osób z poszczególnym rodzajem niepełnosprawności oraz limitów godzin przysługujących dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności zgodnie ze złożonym wnioskiem do Wojewody oraz przydzielonymi środkami finansowymi.
7. Uczestnik zakwalifikowany do Programu otrzyma pisemną informację w formie *Przyznanie wsparcia w formie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* (załącznik nr 7 Regulaminu), w której określa się liczbę przydzielonych godzin usługi asystencji, okres i miejsce ich realizacji oraz zakres usług, a także prawa i obowiązki.
8. Osoby z niepełnosprawnością niezakwalifikowane do Programu oraz otrzymają pisemną informację wraz z uzasadnieniem.
9. Uczestnik Programu lub opiekun prawny zobowiązany jest do aktualizowania karty zgłoszenia do Programu w przypadku zmiany danych w niej zawartych.
10. Dokumenty kwalifikacyjne do Programu nie podlegają zwrotowi i będą przetwarzane i przechowywane 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 oraz swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46WE (RODO).

**§ 4**

**Zasady uczestnictwa w Programie**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

1. Do realizacji zadań asystenckich zaangażowane mogą być:
2. osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach lub specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu w innych zawodach i specjalizacjach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
3. osoby posiadające co najmniej 6–miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, które może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu zlecającego udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnością, lub
4. osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2025.
5. Uczestnik Programu ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystentury osobistej poprzezwskazanie jej wKarcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2025 lub w *Wskazanie osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* (załącznik nr 5 do Regulaminu)*,* z wyłączeniem członków rodziny, którymi zgodnie z Programem i wytycznymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej są wstępni oraz zstępni, krewnych w linii bocznej, małżonek, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz inne osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
6. W przypadku nie możności złożenia przez osobę niepełnosprawną w/wym pisemnego oświadczenia sporządza się protokół z oświadczenia złożonego ustnie.
7. W pierwszej kolejności asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego spełniająca wymogi określone w ust. 4 pkt. 3 Programu, a w przypadku nie wskazania przez uczestnika osoby do realizacji usługi asystenckiej Gmina może wskazać osobę z uwzględnieniem wymagań określonych w Programie.
8. W przypadku świadczenia usług na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności w odniesieniu do osoby mającej świadczyć usługi wymagane jest spełnienie warunków określonych w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich ( Dz.U. 2024 poz. 560) oraz pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego - *Akceptacja osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej wobec osoby małoletniej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* ( załącznik nr 5 do Regulaminu).
9. Z usług asystencji osobistej u jednego asystenta w tym samym czasie będzie korzystać jeden uczestnik Programu.
10. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2024 r. poz.1283 z późń. zm), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowane ze środków publicznych.
11. Uczestnik programu nie ponosi odpłatności za usługi.
12. Uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystentury osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystania w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa dotyczących usług asystencji osobistej) nie później niż 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
13. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usługi asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit godzin będzie ustalony od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
14. Realizator zastrzega sobie możliwość weryfikacji uczestników Programu pod kątem korzystania z innych form usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa dotyczących usług asystencji osobistej.
15. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania uczestnik Programu zobowiązany jest do złożenia *Rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* (załącznik nr 6 do Regulaminu).

**§ 5**

**Realizacja usługi w Programie**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

1. Usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością 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 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
2. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeśli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.
3. Limit godzin usług asystencji osobistej przypadający na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:
4. 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie

o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

1. 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie

o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

1. 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej

i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z niepełnosprawnością sprzężoną;

1. 360 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz dla dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia 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.
2. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinien być uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności z zastrzeżeniem limitów wyżej wymienionych.
3. Osoba realizująca usługę zapoznaje się z *Zakresem czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* (załącznik nr 8 do Programu/ załącznik nr 2 do Regulaminu).
4. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielanie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
5. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnością na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością .
6. Z usługi osobistej u jednego asystenta w tym samym czasie może korzystać jeden uczestnik.
7. Usługa rozliczana jest na podstawie składanej comiesięcznie *Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu* ***„****Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**- edycja 2025* (załącznik nr 9 do Programu/załącznik nr 8 do Regulaminu).
8. Koszt przejazdu asystentów własnym / udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w Programie, jest wliczony w czas pracy asystenta wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika. Zwrot kosztów nie dotyczy przejazdów środkiem transportu uczestnika oraz środkiem transportu należącym do członków rodziny uczestnika określonych w Programie.
9. Koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/ prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi, w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usługi wymienionej treści Programu, muszą zostać udokumentowane w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dokumentujących wydatek. W tej samej formie musi zostać udokumentowany fakt przejazdu lub uczestnictwa w wydarzeniu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd lub uczestnictwo w wydarzeniu przez uczestnika nie jest nieodpłatny/e, co musi zostać również udokumentowane.
10. Koszt przejazdów asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu jest uznawany wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika.
11. Wydatki, o których mowa w pkt. 11- 12 mogą zostać uwzględnione do kwoty 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością lub nie większe niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.
12. Asystent rozlicza się miesięcznie z Realizatorem w zakresie wydatków dotyczących kosztów dojazdów własnym środkiem transportu na podstawie *Ewidencji przebiegu pojazdu* (załącznik nr 9 do Regulaminu).
13. Asystent rozlicza się z Realizatorem w zakresie wydatków dotyczących kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej za pomocą *Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**– edycja 2025* (Załącznik nr 10 Programu/ załącznik nr 11 do Regulaminu) do której dołącza dowody poniesionych wydatków w formie biletu, rachunku, paragonu lub fakturę dokumentującą wydatek.
14. Asystent rozlicza się z wydatków związanych z dojazdem innym środkiem transportu za pomocą *Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* (załącznik nr 10 do Regulaminu), do której dołącza dowody poniesionych wydatków np. rachunek, fakturę dokumentującą w/w przejazd.
15. Asystent rozlicza się miesięcznie z wydatków związanych z zakupem biletów wstępu potwierdzonych fakturą na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością na podstawie *Rozliczenia wydatków zakupu biletów wstępu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025* (załącznik nr 12 do Regulaminu).
16. Realizator Programu decyduje o zasadności wydatków oraz kwocie zwrotu wydatków dla asystenta realizującego usługę na rzecz uczestnika.
17. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia asystenta podejmuje realizator Programu.
18. Realizator Programu obowiązany jest dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystencji osobistej. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług asystencji osobistej formie pisemnej za pomocą *Protokołu z kontroli i monitoringu świadczonych usług asystentury osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –* edycja 2025 (załącznik nr 13 do Regulaminu)

**§ 6**

**Postanowienia końcowe**

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu oraz do zapoznania się z Klauzulą informacyjną RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- edycja 2025 (załącznik nr 3 do Regulaminu).
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanej niniejszym regulaminem decyzję, co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik MOPS w Lubawie zgodnie z zasadami określonymi w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 ogłoszony przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
3. Do Regulaminu załącza się następujące załączniki:
4. Załącznik nr 1 - Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
5. Załącznik nr 2 – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
6. Załącznik nr 3 - Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki

Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;

1. Załącznik nr 4 – Wskazanie osoby do świadczenia usługi asystentury osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
2. Załącznik nr 5 - Akceptacja osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej wobec osoby małoletniej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
3. Załącznik nr 6 - Rezygnacja z uczestnica w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
4. Załącznik nr 7- Przyznanie wsparcia w formie usług asystencji osobistej w ramach Programu “Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
5. Załącznik nr 8 - Karta realizacji usług asystentury osobistej w ramach Programu **„**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025;
6. Załącznik nr 9 - Ewidencja przebiegu pojazdu innym środkiem transportu np. taksówka w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
7. Załącznik nr 10 - Ewidencja biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
8. Załącznik nr 11 - Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówka w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
9. Załącznik nr 12 - Rozliczenie wydatków zakupu biletów wstępu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025;
10. Załącznik nr 13 – „Protokół z kontroli i monitoringu świadczonych usług asystentury osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”

Załącznik nr 1 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

**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):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu** [ ]  | 1) samodzielnie [ ]   | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [ ]  | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych [ ]   |
| **Poza miejscem zamieszkania** [ ]  | 1) samodzielnie [ ]   | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [ ]  | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych [ ]  |

12.Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie –

 **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

13.Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ……………………………………………………………

14.Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

15.Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak ☐ / Nie ☐**

**II. ŚRODOWISKO:**

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

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-1):**

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 oraz numer telefonu: ………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

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:
	1. ubieranie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. korzystanie z toalety **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. czesanie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. golenie **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	8. 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** [ ] ;
	9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
	1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. 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** [ ] ;
	3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) [ ] ;
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. 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:
	1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. 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:
	1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	2. wyjście na spacer **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	4. 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** [ ] ;
	5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** [ ]  **/ Nie** [ ] ;
	10. 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?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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:

1. limitu przyznanych godzin: ……….
2. limitu wykorzystanych godzin: ……….
3. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były 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 2025.
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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

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 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie 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.

Załącznik nr 2 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

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

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

*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:
1. ubieranie ☐;
2. korzystanie z toalety [ ] ;
3. c)mycie głowy, mycie ciała, kąpiel [ ] ;
4. d)czesanie [ ] ;
5. golenie [ ] ;
6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu [ ] ;
7. obcinanie paznokci rąk i nóg [ ] ;
8. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku [ ] ;
9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń [ ] ;
10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych [ ] ;
11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) [ ] ;
12. słanie łóżka i zmiana pościeli [ ] .
	* 1. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
	1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci [ ] ;
	2. 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) [ ] ;
	3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku [ ] ;
	4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) [ ] ;
	5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) [ ] ;
	6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go [ ] ;
	7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) [ ] .
		1. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	8. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością [ ] ;
	9. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym [ ] ;
	10. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym [ ] ;
	11. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu [ ] ;
	12. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami [ ] ;
	13. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.
		1. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	14. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji [ ] ;
	15. wyjście na spacer [ ] ;
	16. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. [ ] ;
	17. 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 [ ] ;
	18. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
	19. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem
	się [ ] ;
	20. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze [ ] ;
	21. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. [ ] ;
	22. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością [ ] ;
	23. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.

Miejscowość, dnia ……………………… .

Załącznik nr 3 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem danych osobowych jest **Gmina Miejska Lubawa- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie ul. Rzepnikowskiego 9A , nr tel/ 89 645 28**

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: *iod@ajip.pl*

**Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: 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 2025: 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 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją..

**Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

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 Gminę Miejską Lubawa – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Lubawa, 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 Warmińsko- Mazurskim m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.[[2]](#footnote-2))

**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 2025, 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.

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.

**Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

**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 2025.

Załącznik nr 4 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Wskazanie osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej**

**w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………………………..

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie,

Wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usługi asystencji osobistej dla mnie/mojego dziecka……………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………….

Zamieszkały……………………………………………………………………………………..

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Pouczony/ a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

1. Wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do świadczenia wobec mnie/ mojego dziecka usług asystencji osobistej zgodnie z Programem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025
2. Wskazane przez mnie osoba nie jest członkiem rodziny, którymi zgodnie z wytycznymi Ministerstwa w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 są wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępny oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz inne osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

…………………… ……………………………………………...

*(Miejscowość, data) (podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

……………………………………………

*(data i podpis przyjmującego oświadcze**nie*

Załącznik nr 5 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Akceptacja osoby do świadczenia usługi asystencji osobistej wobec osoby małoletniej**

**w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………………………..

W związku z korzystaniem z usług asystenta osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, oświadczam, że akceptuję

Panią/ Pana………………………………………………………………………………………..

( imię i nazwisko osoby świadczącej usługi asystencji osobistej)

do realizacji usług asystencji osobistej wobec osoby małoletniej

………………………………………………………………………………………………….

( dane osoby małoletniej)

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

…………………… ……………………………………………...

*(Miejscowość, data) (podpis rodzica /opiekuna prawnego osoby małoletniej )*

……………………………………………

*(data i podpis przyjmującego oświadczenie*

Załącznik nr 6 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Rezygnacja z uczestnictwa**

**w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………………………………………..

W związku z korzystaniem z usług asystenta osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie, oświadczam, że

rezygnuje z wsparcia w formie usługi asystencji osobistej od dnia ……………………………

z powodu………………………………………………………………………………………...

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

…………………… ……………………………………………...

*(Miejscowość, data) (podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*

……………………………………………

*(data i podpis przyjmującego oświadczenie)*

Załącznik nr 7 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

Lubawa, dnia ……………………..

Pani/Pan …………………

Zam. ………………………..

**Przyznanie wsparcia w formie usług asystencji osobistej**

 **w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”** **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Działając w imieniu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie informuję, iż zostały Pani/Panu………………………………………………………………………………..

Zam……………………………………………………………………………………………...

 przyznane usługi w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Usługi będą świadczone w ilości…………………………………………………………………

w okresie od …………………..……… do ……….……………………………………………..

pod adresem Pani/Pana zamieszkania, tj. ………………………………………………………. ……………………………………………………………….........................................................

Usługi asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością będą świadczone na podstawie przedłożonej przez Panią/ Pana *Karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* i polegać będą na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

1. wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej;
2. wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
3. wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
4. wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

 ………………………………….

 ( podpis Kierownika Ośrodka)

**POUCZENIE**

W ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025 Uczestnikowi przysługują niżej wymienione prawa i obowiązkami:

**Prawa wynikające z przyznania usług asystencji osobistej:**

* + - 1. Uczestnik Programu do wsparcia w formie usługi asystentury osobistej kwalifikowany jest przez Realizatora Programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubawie na podstawie *Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025* oraz zasad rekrutacji przyjętych przez Realizatora przyjętych w Regulaminie Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.
			2. Uczestnik ma prawo do bezpłatnego udziału w Programie i korzystania ze wsparcia w formie asystencji osobistej przydzielonego przez Realizatora Programu, a zakres czynności i ich zakres godzinowy w ramach usług w ramach asystencji osobistej uzależniony jest od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, z zastrzeżeniem limitów godzin określonych w Programie.
			3. Uczestnik ma prawo do korzystania z usług asystencji osobistej wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na terenie gminy zamieszkania tj. gminy miejskiej Lubawa. Korzystanie z wsparcia na terenie innej gminy właściwego ze względu na zamieszkiwanie możliwe jest tylko w przypadku zawartego porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
			4. Uczestnik ma prawo do korzystania z usługi asystencji osobistej realizowanej 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 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
			5. Uczestnik ma prawo do korzystania z usługi asystencji osobistej realizowanej wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie decyzji osoby lub opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością i usługi te polegają wyłącznie na udzielaniu pomocy i wsparcia osobie z niepełnosprawnością w zakresie wsparcia określonego w programie i wskazanych w *Kacie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025.*
			6. Uczestnik Programu ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystentury osobistej poprzez wskazanie osoby do świadczenia asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 z wyłączeniem członków rodziny, którymi zgodnie z Programem i wytycznymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej są wstępni oraz zstępni, krewni w linii bocznej, małżonek, wstępni oraz zstępni małżonka, krewni w linii bocznej małżonka, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz inne osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem. W przypadku nie wskazania przez uczestnika osoby do realizacji usługi asystenckiej Gmina może wskazać osobę z uwzględnieniem wymagań określonych w Programie. Decyzję w zakresie wyboru zatrudnienia osoby świadczącej asystenturę osobistą podejmuje realizator Programu.
			7. W ramach Programu asystent towarzyszący uczestnikowi może ubiegać się o zwrot kosztu zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/ prywatnej oraz kosztów zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp., które dotyczą realizacji usługi wymienionej treści Programu i muszą być udokumentowane w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dokumentujących wydatek. W tej samej formie musi zostać udokumentowany fakt przejazdu lub uczestnictwa w wydarzeniu przez uczestnika, któremu towarzyszy asystent, o ile przejazd lub uczestnictwo w wydarzeniu przez uczestnika nie jest nieodpłatny/e, co musi zostać również udokumentowane. Koszt przejazdów asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu jest uznawany wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika. Wydatki, o których mowa mogą zostać uwzględnione do kwoty 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością lub nie większe niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.

 **Obowiązki wynikające z przyznania usług asystentury osobistej:**

* + - 1. Osoba zakwalifikowana do Programu zobowiązana jest do zapoznania się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz do respektowania zasad Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubawie.
			2. Uczestnik Programu zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystentury osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystania w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa dotyczących usług asystencji osobistej) nie później niż 7 dni od dnia nastąpienia zmiany. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministerstwa będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usługi asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit godzin będzie ustalony od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
			3. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania uczestnik Programu zobowiązany jest do złożenia *Rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.*
			4. Uczestnik programu ma obowiązek uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia oraz comiesięcznego rozliczania usług asystencji osobistej na podstawie wypełnionej *Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025* oraz wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania.
			5. Uczestnik ma obowiązek wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz umożliwienie monitorowania i kontrolowanie realizacji usługi przez realizatora Programu w miejscu realizacji usługi.
			6. Uczestnik ma obowiązek przestrzegania, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością finansowane ze środków publicznych.

Załącznik nr 8 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

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 …….………………………………………. 2025 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, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

……………………………………………………………………..

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 2025.

Załącznik nr 9 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

**w ramach**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

**za miesiąc** ………………. 2025 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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

Załącznik nr 10 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówka w ramach**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

**za miesiąc……………2025**

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane uczestnika Programu

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Data | Cel podróży  | Rodzaj / dowód wydatku \* | Koszt wydatku  | Podpis asystenta  | Uwagi  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Podsumowanie  |  |  |  |  |
| Z przeniesienia  |  |  |  |  |
| Razem  |  |  |  |  |

…………….………………………… ………………………………….

 (data i podpis pracownika przyjmującego rozliczenie) ( podpis Kierownika Ośrodka)

Załączniki :

1………………………………………

2…………………………………….

\*należy dołączyć dowód poniesionych wydatków np. rachunek, paragon, faktura dokumentującą ww. przejazd

 Załącznik nr 11 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

**w ramach**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

**za miesiąc…………2025**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko asystenta | Datapobrania/zakupu biletów | Liczba pobranych/zakupionych biletów | Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością | Cel wyjazdu | Koszt zakupu | Podpis asystenta | Uwagi (np. rodzaj biletu) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta

 Załącznik nr 12 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Rozliczenie wydatków zakupu biletów wstępu w ramach**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

**za miesiąc……………………2025**

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane uczestnika Programu

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

Zestawienie wydatków na zakupu biletów na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Data | Rodzaj wydarzenia \* | Miejsce wydarzenia  | Koszt biletuwstępu \*\*  | Podpis asystenta  | Podpis uczestnika  | Uwagi  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podsumowanie  |  |  |  |  |  |
| Z przeniesienia  |  |  |  |  |  |
| Razem  |  |  |  |  |  |

Opis rozliczenia………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kwota do wypłaty ………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………….………………………… ………………………………….

 (data i podpis pracownika przyjmującego rozliczenie) ( podpis Kierownika Ośrodka)

Załączniki :

1………………………………………

2…………………………………….

\*Rodzaj wydarzenia: kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp.

\*\* należy dołączyć bilet, rachunek, paragon lub fakturę dokumentujący wydatek

Załącznik nr 13 do

Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby

z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu

Terytorialnego”- edycja 2025 w gminie Miejskiej

Lubawa realizowanego przez Miejski Ośrodek

Pomocy Społecznej w Lubawie

**Protokół z kontroli i monitoringu świadczonych usług asystentury osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2025**

……………………………………………

(pieczątka Realizatora Programu )

**PROTOKÓŁ Nr ………**

z przeprowadzonej w dniu …………………………… monitoringu/kontroli jakości świadczonych usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

u Pani/ Pana………………………………………………………………………………….

*(dane uczestnika Programu/ opiekuna prawnego)*

I. Dane miejsce monitoringu/ kontroli:

…………………………………………………………………………………………………

*( adres uczestnika Programu/ opiekuna prawnego )*

………………………………………………………………………………………………….

II. Dane pracowników przeprowadzających monitoring/ kontrolę:

1. ………………………………………………………………………………………

 *( imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

1. ………………………………………………………………………………………

 *( imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

III. Opis przebiegu monitoringu/ kontroli:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

IV. Wnioski z przeprowadzonego monitoringu/ kontroli

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

*..……………………………………………………………*

 *Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego*

………………………………………..

*(Data i podpis osób przeprowadzających monitoring/ kontrolę*

…………………………………………

*(Data i podpis osób przeprowadzających monitoring/ kontrolę)*

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat *(należy wskazać nazwę* *gminy/powiatu)* zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*.* Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu. [↑](#footnote-ref-2)