

ZARZĄDZENIE NR 26 /2024

Dyrektora Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna

z dnia 23.12.2024 r.

w sprawie wprowadzenia regulaminu określającego zasady realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

Na podstawie:

- § 5 Statutu Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna stanowiącego załącznik do uchwały nr 39. XXXII. 2021 Rady Gminy Wiązowna z 30 marca 2021r.,
- § 3 ust. 6 pkt 4 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna stanowiącego załącznik do Zarządzenia nr 1/2021 Dyrektora Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna z dnia 4 maja 2021 r.,
- art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych z dnia 19 lipca 2019 r.,
- Programu „Rynek Usług Społecznych Gminy Wiązowna” na lata 2024-2026 stanowiącego załącznik do uchwały nr 119.VII.2024 Rady Gminy Wiązowna z dnia 13 grudnia 2024 r.

zarządzam, co następuje:

§1

Wprowadza się do stosowania Regulamin określający zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego— edycja 2025 stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor CUS Gminy Wiązowna

Edyta Borkowska



**Regulamin realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
w Gminie Wiązowna**

§1

Postanowienia ogólne

1. Program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej: Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, zwany dalej Programem, ma na celu zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowania w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
2. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:
 - 1) poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
 - 2) wsparcia osób niepełnosprawnych oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb;
 - 3) uczestnictwa osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.
3. Podstawą prawną realizacji Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848.).
4. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
5. Program jest skierowany do:
 - 1) dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - 2) dorosłych osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
6. Jednostką realizującą Program jest Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna, zwane dalej Centrum.
7. Biuro Programu znajduje się w Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna, zwane dalej Biurem Programu.
8. Program realizowany będzie w okresie od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.

§2

Cel i zakres realizacji Programu

1. Głównym celem Programu, jest poprawa dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym:
 - 1) dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną



- możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
- 2) Osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:
 - a. o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo
 - b. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
 - c. traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 2. Minimum 50% uczestników Programu będą stanowiły osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia tj.:
 - 1) osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - 2) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - 3) 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,
 - 4) osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.
 3. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej Asystentem, mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, która będzie dostosowana do potrzeb uczestnika Programu.
 4. W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy w:
 - 1) wykonywaniu przez uczestnika czynności dnia codziennego;
 - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - 3) załatwianiu przez uczestnika spraw urzędowych;
 - 4) korzystaniu przez uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa);
 - 5) zaprowadzaniu i odebraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej;
 - 6) usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
 5. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby z niepełnosprawnością i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
 6. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej zawiera załącznik nr 2 do regulaminu.

§3

Zasady rekrutacji i kwalifikacji uczestników Programu

1. Za rekrutację uczestników Programu odpowiada realizator – Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna.
2. Uczestnikiem Programu może być osoba, która spełnia jednocześnie następujące kryteria:
 - 1) w przypadku osoby pow. 16 r. - posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością określone §2 ust. 1,
 - 2) w przypadku dziecka od ukończenia 2 roku życia do 16 r.ż. posiada orzeczenie o niepełnosprawności określone §2 ust. 1,
 - 3) zamieszkuje na terenie Gminy Wiązowna,
 - 4) posiada wskazania do objęcia asystenturą np. zagrożenie wykluczeniem społecznym poprzez brak możliwości zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych czy uczestniczenia w życiu społecznym, samotne zamieszkiwanie.



3. Osoba zainteresowana udziałem w Programie składa komplet dokumentów rekrutacyjnych, zgodnie z załączonymi wzorami, tj.:
 - 1) Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
 - 2) Karta zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
 - 3) Kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w §1 ust. 5.
 - 4) Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością - załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
 - 5) Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – załączniki nr 4 i 5 do niniejszego regulaminu.
4. Dokumenty rekrutacyjne są dostępne w Biurze Programu, w godzinach urzędowania tj. w poniedziałek od 8.00 do 18.00, wtorek - piątek od 8.00 do 16.00 oraz na stronie internetowej Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna: www.cuswiazowna.pl
5. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Biurze Programu lub wysłać pocztą. Dokumenty rekrutacyjne powinny zostać podpisane przez osobą zainteresowaną lub opiekuna prawnego. Dokumenty rekrutacyjne mogą zostać odebrane przez pracownika Centrum w miejscu zamieszkania kandydata w przypadku braku możliwości dostarczenia ich pod wskazany adres, po wcześniejszym dokonaniu stosownych uzgodnień drogą telefoniczną.
6. Zgłoszenia do Programu będą przyjmowane w terminie od dnia 23.12.2024 r.
7. Nabór będzie otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
8. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane w formie pisemnej, dogodnej dla uczestnika.
9. Komisja rekrutacyjna weryfikuje poprawność i kompletność złożonych dokumentów oraz sprawdza kwalifikowalność uczestników.
10. Kandydat niespełniający kryteriów formalnych nie przechodzi do kolejnego etapu rekrutacji.
11. Kandydat spełniający kryteria formalne przechodzi do etapu weryfikacji pod kątem kwalifikacji przystąpienia do Programu.
12. W przypadku pozytywnej weryfikacji Kandydata, zostaną mu przyznane usługi w ramach Programu.
13. Kandydat ma prawo wskazania osoby asystenta do realizacji usług w programie. W Przypadku braku wskazania, Centrum może zaproponować osobę do realizacji usług.
14. W przypadku większej ilości kandydatów spełniających kryteria formalne o udziale w Programie zadecyduje kolejność zgłoszeń.
15. Komisja rekrutacyjna sporządza listę osób zakwalifikowanych do Programu, listę osób niezakwalifikowanych do Programu oraz listę rezerwową, gdzie trafią kandydaci spełniający kryteria, nie zakwalifikowani do Programu z powodu braku miejsc.
16. W przypadku zwolnienia się miejsca w Programie, asystenturą zostanie objęta kolejna osoba z listy rezerwowej.
17. Dopuszcza się możliwość prowadzenia rekrutacji uzupełniającej w przypadku braku chętnych osób do udziału w Programie i braku listy rezerwowej.
18. Działania rekrutacyjne wsparte będą kampanią promocyjno-informacyjną.



§4

Zasady uczestnictwa

1. Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Uczestnik nie może korzystać z usług asystencji osobistej jednocześnie w ramach Programu, jak i w ramach innych programów czy projektów finansowanych ze środków publicznych (co oświadcza w załączniku nr 1 do Regulaminu) powyżej limitu godzin z Programu.
3. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
 - 2) 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; lub
 - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt a) lub b).
4. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt b), może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem może być również osoba fizyczna, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.
5. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
6. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.
7. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje uczestnika Programu.
8. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu w okresie jego realizacji są zgodne z Programem.
9. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę 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.
10. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli 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.
11. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu. Rozliczenie zostanie przedłożone przez asystenta w Biurze Programu do ostatniego dnia roboczego miesiąca, którego dotyczy.

§5



Postanowienia końcowe

1. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta wskazuje nowy adres zamieszkania, a jeżeli zmiana wykracza poza obszar Gminy Wiązowna składa oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
3. Usługa Asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 - Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Załącznik nr 2 - Karta zakresu czynności w ramach usług asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
3. Załącznik nr 3 - Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
4. Załącznik nr 4 - Klauzula Informacyjna (Minister).
5. Załącznik nr 5 - Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
6. Załącznik nr 6 - Karta realizacji usług asystenckich.
7. Załącznik nr 7 – Ewidencja przebiegu pojazdu.
8. Załącznik nr 8 - Ewidencja biletów komunikacyjnych.



WZÓR

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 mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
 - 3) zaburzenia psychiczne ,
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
.....
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**



11. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| W domu <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"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input checked="" 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 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 ASYSTENTA¹:

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

1. Płeć:
2. Wiek:.....
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

¹ Uzupelnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupelnienie nie jest konieczne.



.....
.....
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:

- a) ubieranie **Tak** / **Nie** ;
- b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** ;
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** ;
- d) czesanie **Tak** / **Nie** ;
- e) golenie **Tak** / **Nie** ;
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie** ;
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** ;
- h) 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** ;
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie** ;
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie** ;
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie** ;
- l) stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie** .

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



- a) 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** ;
- 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 (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** ;
- 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie** ;
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** ;
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** ;
 - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
 - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;
 - j) 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/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 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.



WZÓR

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

- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:



- a) 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 ;
- 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 (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 ;
- 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ;
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;



- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji .

Miejscowość, dnia



Załącznik nr 3 do Regulaminu realizacji programu
AOON dla JST- edycja 2025 w Gminie Wiązowna

Radiówek,
(data)

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(ulica)

.....
(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, rodzic/opiekun prawny*

uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka)

.....
akceptuję Panią/Pana

jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**właściwie podkreślić*



WZÓR

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 Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy 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@mrpips.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 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

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

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 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.

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.



KLAUZULA INFORMACYJNA

OSOBY KTÓRYCH DANE SĄ PRZETWARZANE W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DLA JST – EDYCJA 2025

1. **Administratorem danych osobowych** jest Centrum Usług Społecznych Gminy Wiązowna, z siedzibą w Radiówku 25, nr telefonu: 22 780 46 59, adres e-mail: bom@cuswiazowna.pl, reprezentowane przez Dyrektora, dalej: Administrator.
2. Administrator wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych**. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: adres e-mail: iod@wiazowna.pl, Elektroniczna Skrzynka Podawcza: /CUSWIAZOWNA/SkrytkaESP lub listownie na adres siedziby Administratora.
3. **Cel i podstawy przetwarzania**: dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na podstawie przepisów prawa: Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu: realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów, realizacji obowiązków wynikających z art. 6 ust 1 lit e RODO, w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej oraz z art. 9 ust. 2 lit. g RODO - przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.
4. **Odbiorcy danych**: podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe będą udostępnione podmiotom zapewniającym, na podstawie umów zawartych przez administratora, obsługę działalności administratora: dostawcy usług pocztowych, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami w związku ze świadczeniem usług: hostingowych, dostawcy rozwiązań informatycznych oraz oprogramowania, podmioty świadczące dla nas usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.
5. **Okres przetwarzania danych**: dane osobowe będą przechowywane 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.
6. **Prawa osób, których dane dotyczą**. 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.
7. Posiada Pani/Pan **prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. **Podanie danych osobowych** jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań CUS Gminy Wiązowna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.



WZÓR

**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.

WZÓR

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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

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

WZÓR

.....

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

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc 2025 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/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