Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

**Karta zgłoszenia do Programu**

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

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

2. Adres: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

3. Telefon kontaktowy: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

4. Data urodzenia: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

5. Wykształcenie: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

6. Zawód wyuczony: …………………………………………...................................................………….......………………………………………….

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

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

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina 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,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………………………

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

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak/Nie**
3. wypełnianie ról społecznych **Tak/Nie**
4. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak/Nie**
5. w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak/Nie**

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

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

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

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

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

1. Płeć: …………………………. 2. Wiek: ………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
   1. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
   2. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzyszenie  osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej  o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ;
   3. myciu okien;
   4. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
   5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
   6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
   7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
2. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
   1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
   2. czesaniu ;
   3. goleniu;
   4. obcinaniu paznokci rąk i nóg;
   5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
   6. zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
   7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
   8. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. wyjście na spacer;
   2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
   3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
   4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
   5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
   6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru;
   7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).

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

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

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?**

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

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

Załącznik nr 12 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

– edycja 2023

**Klauzula informacyjna w ramach** **Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 dla osób zgłaszających potrzebę skorzystania ze wsparcie asystenta osobistego**

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

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej z siedzibą przy ul. Karola Miarki 11 (adres e-mail: sekretariat[@mops.bielsko.pl](mailto:orzecznictwo@mops.bielsko.pl), numer telefonu: 33 49 95 600 – Centrala).
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych w następujący sposób:

1) pod adresem poczty elektronicznej: iod@mops.bielsko.pl

2) pod adresem korespondencyjnym wskazanym w pkt 1.

1. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
2. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO (tj. wykonywanie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą). Zadanie realizowane w interesie publicznym związane jest z wykonaniem obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020r.   
   poz. 1787).
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Dane osobowe mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz sprzeciwu. Uprawnienia te będą realizowane zgodnie z RODO. W celu wykonania swoich praw należy skierować żądanie pod adres wskazany w punkcie 1 lub punkcie 2. Prosimy pamiętać, że przed realizacją Pani/Pana uprawnień musimy upewnić się, że „Ty to TY”, czyli odpowiednio Panią/Pana zidentyfikować.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
   (ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
8. Żadne decyzje dotyczące Pani/Pana, które miałyby opierać się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym profilowaniu, i wywołujące skutki prawne wobec Pani/Pana lub istotnie wpływające na te decyzje, nie będą prowadzone.

**Formularz dla opiekuna prawnego osoby zainteresowanej udziałem w Programie**

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

**I. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………….…….. ..

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..………………

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..……….…

4. Podstawa ustanowienia opieki (np. orzeczenie sądu, data, sygnatura)

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

**II. Oświadczenia:**

* + - 1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
      2. Przyjmuję do wiadomości informację o przetwarzaniu danych osobowych w związku   
         z reprezentowaniem przeze mnie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2023.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**Wskazanie asystenta w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

**– edycja 2023**

Ja niżej podpisany/podpisana ……………………………………………………………………………………………………………..

zamieszkały/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finasowaniu Programu ze środków Funduszu   
   Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystenta.
4. Jestem świadomy, 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) a także inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji określonej w rozdziale IV ust 8 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

**Wskazuje:**

Imię i Nazwisko .

Numer telefonu .

**Jednocześnie oświadczam,** że wskazana osoba:

⃝ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia;

⃝ nie zamieszkuje ze mną;

⃝ posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby   
niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog,   
terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub

⃝ posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu   
bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe,   
udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu ;  
⃝ **nie wskazuję asystenta.**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Bielsko-Biała, data . *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*