**Załącznik nr 8 do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.**

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

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

***Uwaga:*** *Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej 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[ ] ;
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (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)[ ] ;
3. wsparcie 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 [ ] ;
	6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta[ ] ;
4. wsparcie 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: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer [ ] ;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] .

Miejscowość, dnia ……………………… .

**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, 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.

 Bielsko-Biała, …………………2023 r.

RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA nr **…………………………………………..………….** z dnia **……………...............
za miesiąc ………………..…………. 2023r.**

|  |
| --- |
| Wystawił:  |

|  |
| --- |
| Dla: **MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ** **UL. KAROLA MIARKI 11 43-300 BIELSKO-BIAŁA** |

Za wykonanie zleconych czynności polegających na świadczeniu usług asystenckich w ramach programu *„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*, zgodnie z dwustronnie zawartą umową zlecenie, wnoszę o przyjęcie niniejszego rachunku i dokonanie wypłaty należnego wynagrodzenia na **kwotę brutto wraz z kosztami zleceniodawcy**:

**……..……….… zł (słownie:……….……………………………..………………………………………………………………………..),**

**tj. ……………………. godzin.**

…………………………………
(podpis Zleceniobiorcy)

 Stwierdzam, że zlecona praca została\* / ~~nie została\*~~ wykonana według warunków w/w umowy
i przyjęta.

…………………………………
(podpis osoby potwierdzającej wykonanie umowy - zlecenia)

…………………………………
(podpis Zleceniodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 9 do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.**

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

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

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. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….…………… 2023 r. wyniosła ……………..…. godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ….……………….. zł ‒ 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

**Załącznik nr 10A do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społeczne „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” − edycja 2023**

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta**  | **Data****pobrania biletów**  | **Liczba pobranych biletów**  | **Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną**  | **Cel wyjazdu**  | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta

**Załącznik nr 10 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” − edycja 2023.**

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

**za miesiąc** ………………. ……………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** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | **Stawka za** **1 km przebiegu \***zł gr | **Wartość**(8)x(9)zł gr | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” − edycja 2023.**

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

**za miesiąc** ………………. ……………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** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | **Stawka za** **1 km przebiegu \***zł gr | **Wartość**(8)x(9)zł gr | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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