

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

Od dnia **01.12.2023 rozpoczynamy nabór** Uczestników do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Program ten ma na celu poprawę jakości życia osób z niepełnosprawnościami, poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia.

Dzięki programowi Uczestnicy otrzymają wsparcie asystenta, adekwatne do potrzeb, a także możliwość uczestnictwa w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych.

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 ma również na celu zwiększenie wsparcia asystenckiego dla uczniów z niepełnosprawnościami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.

Uczestnikiem programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 mogą być mieszkańcy miasta Bielsko-Biała:

1. dzieci do 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w punkcie 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. osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie o znacznym lub o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub traktowane na równi z orzeczeniami ww. wymienionymi, zgodnie z artykułem 5 i artykułem 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami osoby z niepełnosprawnościami” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 **w pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby osób:**

1. posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
2. posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z artykułem 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
3. z niepełnosprawnościami, samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
4. niepełnoletnich do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności;
5. z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Usługi asystencji będą polegały na wsparciu Uczestnika programu w czynnościach samoobsługowych, w tym w utrzymaniu higieny osobistej, wsparciu w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie oraz na wsparciu w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania i podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

W pierwszej kolejności Asystentem może zostać osoba wskazana przez Uczestnika lub jego Opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień ustęp 4 punkt 3. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez Uczestnika lub jego Opiekuna prawnego, Asystenta wskazuje MOPS w Bielsku-Białej z uwzględnieniem postanowień ustęp 4 punkt 1 lub 2.

Asystentem nie może być osoba będąca członkiem rodziny, Opiekunem prawnym uczestnika lub faktycznie zamieszkująca razem z uczestnikiem.

Udział w Projekcie dla osób z niepełnosprawnością jest bezpłatny!

Osoby zainteresowane uczestnictwem w Programie mogą składać poniższe dokumenty od dnia **01.12.2023 roku do Miejskiego Centrum Usług Społecznościowych w Bielsku-Białej ulica Wzgórze 14.**

1. Karta zgłoszenia (załącznik nr 7)

2. Karta zakresu czynności (załącznik nr 8)
3. Deklaracja RODO (załącznik nr 15 + Klauzura informacyjna)
4. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.

Wypełnione i podpisane druki oraz dokumenty należy dostarczyć do Miejskiego Centrum Usług Społecznościowych Bielsko-Biała ulica Wzgórze 14:

- osobiście w godzinach urzędowania tj. od poniedziałku do piątku od 7.30 -15.30;
- drogą elektroniczną – poprzez ePUAP;
- tradycyjną przesyłką pocztową na adres:

Miejskie Centrum Usług Społecznościowych
ul. Wzgórze 14, 43-300 Bielsko-Biała

Szczegółowe informacje na temat programu „**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 znajdują się na stronie :

<https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1478,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spoecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2024>

Załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

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

Karta zgłoszenia do Programu

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

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Status na rynku pracy:

.....

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**

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

.....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

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

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

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

c) czesanie **Tak** / **Nie** .

d) golenie **Tak** / **Nie** .

e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie** .

f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** .

g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** / **Nie** .

h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie** .

i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie** .

j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
Tak / **Nie**

k) stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie** .

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

a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie**

b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** / **Nie**

c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** / **Nie**

d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**

f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**

g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie** .

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie**

b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** / **Nie**

- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** / **Nie** ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** / **Nie** ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** / **Nie** ;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie** ;
 - b) wyjście na spacer **Tak** / **Nie** ;
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** / **Nie** ;
 - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** / **Nie** ;
 - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** ;
 - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** ;
 - g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
 - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;

- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** / **Nie** .

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

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:
dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

Tak / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin:
- b. limitu wykorzystanych godzin:
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:

.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu / Opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w

orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

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

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
 - a) korzystanie z toalety
 - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - a) czesanie
 - b) golenie
 - c) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - d) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - e) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - f) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - g) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - h) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
 - i) stanie łóżka i zmiana pościeli
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ;
 - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
 - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;
- b) wyjście na spacer ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ;
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, data

Załącznik nr 15 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

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

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mriips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych: W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze

względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 dla osób zgłaszających potrzebę skorzystania ze wsparcia asystenta osobistego na terenie Bielska-Białej.

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.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,

przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023r. poz. 647 z późn. zm.).

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
10. 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.