

Nabór wniosków do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

W związku z planowanym przystąpieniem Ośrodka Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, ogłoszonego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w dniu 23.10.2022 r., otwieramy nabór uczestników do ww. Programu.

Celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla:

1. dzieci 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 oraz

2. dorosłych osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności:

- a. w stopniu znacznym lub
- b. w stopniu umiarkowanym albo
- c. traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b.

Usługi asystencji osobistej mogą w szczególności polegać na pomocy asystenta w:

- 1)** wykonywaniu przez uczestnika Programu czynności dnia codziennego;
- 2)** wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez niego miejsca;
- 3)** załatwianiu spraw urzędowych;

- 4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
- 5) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej.

Osoby niepełnosprawne zainteresowane uczestnictwem w ww. Programie lub rodzice dzieci z niepełnosprawnością mogą dokonać zgłoszenia

w terminie do dnia 7 listopada 2022 roku.

Każda osoba zgłaszająca się do Programu powinna przedłożyć:

1. kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,
2. kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
3. podpisaną Klauzulę informacyjną,
4. oświadczenie dotyczące wskazania asystenta.

Wszystkie ww. wzory dokumentów będą dostępne od dnia **28.10.2022 r.** w siedzibie OPS. Kwalifikowanie do Programu odbywać się będzie z uwzględnieniem osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, zgodnie z założeniami Programu, nie wcześniej jednak niż po przyznaniu środków finansowych dla Powiatu na realizację powyższego zadania.

Zgłoszenia do Programu należy dokonać bezpośrednio w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Płoniawach – Bramurze.

Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika:

1. posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;

lub
2. posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświad-

czenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym 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 1 lub 2.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym¹.

W przypadku pytań, wątpliwości lub trudności z wypełnieniem karty zgłoszenia prosimy o kontakt telefoniczny z pracownikami OPS w Płoniawach - Bramurze, pod numerem: 29 71 78 962.

Z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 można zapoznać się na stronie Biura Pełnomocnika Rządu Do Spraw Osób Niepełnosprawnych (<https://niepełnosprawni.gov.pl>) zakładka Fundusz Solidarnościowy.

¹ Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę.

**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 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 ☐,

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?

- 1) czynności samoobsługowe Tak ☐/Nie ☐
- 2) wypełnianie ról społecznych Tak ☐/Nie ☐
- 3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak ☐/Nie ☐
- 4) 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):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐

- b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie 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 ☐;
 - c) myciu okien☐;
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarzka, etc.)☐;
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
 - g) 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:
- a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
 - b) czesaniu ☐;
 - c) goleniu☐;
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub oparzeń ☐;
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
 - h) słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
 - e) 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:

- a) wyjście na spacer ☐;
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐;
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐;
- f) 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 ☐;
- g) 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 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 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 wskazaniem: 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.

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Zgodnie z art. 13 i art.14 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”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest *Ośrodek Pomocy Społecznej Płoniawy-Bramura 83, 06-210 Płoniawy-Bramura, tel.29 717-89-62, faks: 29 717-89-69, e-mail: ops@ploniawy-bramura.pl*
1. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: *rodoanka@gmail.com*
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.
1. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie 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, w tym do wypełnienia 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 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
1. 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.
1. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez *Ośrodek Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze*, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Mazowieckiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Warszawie m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.²⁾
1. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

9. 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.

2 ¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych Ośrodek Pomocy Społecznej w Płoniawach-Bramurze zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 12 do Programu.