



**REGULAMIN
REKRUTACJI I REALIZACJI PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – edycja 2021
W GMINIE KROŚNIEWICE**

§ 1 ZASADY OGÓLNE

1. Projekt „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” realizowany jest przez Gminę Krośniewice za pośrednictwem jednostki organizacyjnej gminy – Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krośniewicach (Realizator programu). Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021. w okresie od maja 2021 do grudnia 2021r.
2. Usługi asystenckie realizowane są na terenie Gminy Krośniewice (w mieszkaniu osoby niepełnosprawnej lub w miejscach przez nią wskazanych), lub w innym miejscu (również poza terenem Gminy Krośniewice) niezbędnym do wykonywania czynności asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
3. Usługi są realizowane na podstawie niniejszego regulaminu.
4. Odbiorcami usług są:
 - a) 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.
 - b) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.
5. Pierwszeństwo korzystania z usług mają osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją (tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności).
6. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych przez Realizatora programu.
7. Realizując usługi Asystent kieruje się poniższymi zasadami:

MIEJSKO – GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KROŚNIEWICACH
JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA GMINY KROŚNIEWICE

99-340 Krośniewice, ul. Poznańska 15, tel/fax 24 252 35 45,

Elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP: /mgopskce/SkrytkaESP

www.mgops.krosniewice.pl, e-mail: sekretariat@mgops.krosniewice.pl

Administratorem danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krośniewicach. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.bip.mgops.krosniewice.pl w zakładce Informacje/RODO.

- 1) zasada akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Klienta,
 - 2) zasada indywidualizacji – podmiotowego podejścia do Klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
 - 3) zasada poufności i respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
 - 4) zasada prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
 - 5) zasada obiektywizmu (nieoceniania) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji,
 - 6) zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta.
8. Realizator programu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
9. Asystent ma prawo odmówić zrealizowania usług:
- 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Klientów, Asystentów lub osób trzecich,
 - 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
10. Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem programu.

§ 2 ZAKRES USŁUG ASYSTENCKICH

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta w co najmniej jednej z dziedzin: w przemieszczaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.
2. Zakres usług podstawowych:
 - 1) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);
 - 2) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
 - 3) załatwianiu spraw urzędowych;
 - 4) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - 5) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - 6) wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej (usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi).
3. Asystenci nie świadczą usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych w myśl ustawy o pomocy społecznej, usług medycznych ani rehabilitacyjnych.

§ 3 REKRUTACJA DO PROGRAMU" ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ"

1. Usługami asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej planowane jest objęcie 10 osób, w tym:
 - a) 1 dziecko 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,
 - b) 9 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.Realizator programu zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Krośniewice w Programie.
2. W przypadku gdy usługa asystenta jest świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest też zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta.
3. Realizator programu kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021*”, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności.
4. Karta zgłoszeniowa dostępna jest:
 - 1) w siedzibie Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krośniewicach – ul. Poznańska 15, 99-340 Krośniewice,
 - 2) na stronie internetowej <http://www.mgops.krosniewice.pl/>.
5. Osoby niepełnosprawne lub opiekunowie prawni zgłaszający chęć udziału w Programie wraz z „Kartą zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021*” są zobowiązani do złożenia oświadczeń według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
6. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Krośniewicach, ul. Poznańska 15, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7:30 do 15:30 lub dostarczyć za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
7. Nabór do Programu jest otwarty do momentu zapewnienia limitu liczby uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
8. Zgłoszenia do Programu rozpatrywane będą przez wyznaczoną do tego celu przez Realizatora projektu komisję rekrutacyjną. Listy osób zakwalifikowanych zatwierdzi Kierownik MGOPS w Krośniewicach. Osoby zgłoszone do Programu po zajęciu wszystkich dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana do udziału w Projekcie kolejna osoba z listy rezerwowej.
9. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zostaną poinformowane przez wyznaczonego pracownika w formie telefonicznej.
10. Przyznanie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej nie wymaga formy pisemnej, w tym wydania decyzji administracyjnej.

§ 4 RAMY CZASOWE, SPOSÓB REALIZACJI I ODPLATNOŚĆ ZA USŁUGĘ ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Osoba niepełnosprawna ani opiekun prawny nie ponoszą odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyła usługi asystenta.
3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji uczestnika Programu lub opiekuna prawnego, opiekuna prawnego oraz dziecka niepełnosprawnego.
4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Projektu wynosi nie więcej niż 22 godziny miesięcznie.
5. Limit godzin usług asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności, którego rodzice lub osoby spokrewnione w przypadku opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych legitymujących się znacznym stopniem niepełnosprawności pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) wynosi nie więcej niż 20 godzin miesięcznie.
6. Limit godzin usług asystenta w przypadku uczestników Programu, którzy korzystają z usług asystenta w ramach innych programów lub projektów dla wszystkich programów/projektów wynosi łącznie nie więcej niż 60 godzin miesięcznie.
7. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
8. Usługa asystenta będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym planowanym harmonogramem świadczonych usług asystenta, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
9. Harmonogram, o którym mowa powyżej, będzie ustalany z asystentem do ostatniego dnia roboczego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego dotyczy. W trakcie trwania miesiąca realizacji usługi są możliwe zmiany terminów i wymiaru realizacji usługi w uzgodnieniu asystent/osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny/Realizator programu.
10. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu przedłożonej Realizatorowi programu przez asystenta do ostatniego dnia roboczego miesiąca, którego dotyczy.

§ 5 DODATKOWE OBOWIĄZKI

1. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych uczestników programu w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
2. Od Asystenta wymaga się stworzenia odpowiednich relacji (zaufania, szacunku, zrozumienia, itp.) z uczestnikiem programu.
3. Uczestnik programu ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
4. Uczestnik programu nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione w § 2 niniejszego Regulaminu.
5. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, Uczestnik programu i Asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności pomiędzy sobą,

w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy pracownika wyznaczonego przez Realizatora programu.

6. Przypadki złamania zasad niniejszego Regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane Realizatorowi programu.

§ 6 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, usługi finansowane z Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu wykraczającego poza teren Gminy Krośniewice osoba korzystająca z usług asystenta składa Realizatorowi programu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Krośniewice.
3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące z uczestnikiem programu.
4. Osoba zakwalifikowana do udziału w Programie jest obowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
5. Realizator programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
6. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik MGOPS w Krośniewicach.

**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

☒ wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej 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;

☐ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

☐ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

* zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

.....

.....

.....

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:

E-mail:

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci 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.

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż:

1) jestem/nie jestem* opiekunem rodzice lub osobą spokrewnioną pobierającą świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnowałam/zrezygnowałem ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością 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; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;

2) korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez, w wymiarze godzin w miesiącu;

3) jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta 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 2020 r. poz. 1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;

☐ na asystenta wybieram (Imię i Nazwisko, telefon, e-mail)

.....
.....

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

☐ nie wskazuję asystenta.

* zaznaczyć krzyżykiem właściwy kwadrat

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

PLANOWANY HARMONOGRAM WYKONANIA USŁUG ASYSTENTA

W MIESIACU 2021 roku

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021

Imię, nazwisko i adres uczestnika Programu:

Realizator usług:

Planowana data realizacji usługi asystenta	Godziny pracy oddo	Uwagi
Planowana ilość godzin w danym miesiącu:		

Data:

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....
podpis asystenta

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu
„Asystent osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Karta realizacji usług asystenta Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od do

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*	Czytelny podpis asystenta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
14.				

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2021 r. wyniosła godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt., o wartości zł** - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt., o wartości zł.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 zł miesięcznie***

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie****

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

**Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura).

***Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

****Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej