

**Zarządzenie nr 8/2022**  
**Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie**  
**z dnia 16 lutego 2022 r.**

**w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022” przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.**

Na podstawie § 8 ust. 2 Statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Gminy Mrągowo Nr X/82/15 z dnia 27 sierpnia 2015 r. w sprawie nadania statutu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mrągowie (Dz. Urz. Woj. Warmińsko – Mazurskiego z 2015 r., poz.3224) **zarządzam, co następuje:**

§ 1

Wprowadzam Regulamin realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022” przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

§ 2

Zobowiązuje się pracowników socjalnych do zapoznania się z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie dniem podpisania.

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Marczak*



**Regulamin**  
**realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**  
**przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.**

§ 1

Regulamin określa zasady realizacji Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022”, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.), zwany dalej „Programem”.

§ 2

1. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Program realizowany będzie na terenie Gminy Mrągowo **w okresie od 1 kwietnia 2022 roku do 31 grudnia 2021 roku.**
3. Adresatami Programu realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie są:
  - a/ **dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności** łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne, które wymagają usługi asystenta osobistego i zamieszkują na terenie Gminy Mrągowo.
4. Program ma na celu zapewnić:
  - a/ poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia,
  - b/ wsparcie osobom niepełnosprawnym oraz pomoc adekwatną do ich potrzeb,
  - c/ uczestnictwo osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych etc.
  - d/ zwiększenie wsparcia dla niepełnosprawnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.
5. Usługi asystenta osobistego w szczególności mogą polegać na:
  - a/ wspieraniu osoby niepełnosprawnej w wykonywaniu czynności dnia codziennego,
  - b/ wspieraniu w wyjściu, powrocie lub dojazdach osoby niepełnosprawnej do wybranych przez nią miejsc,
  - c/ wsparciu przy załatwianiu spraw urzędowych,
  - d/ pomocy w dostępie do dóbr kultury np. muzeum, teatru, kina, galerii sztuki, wystawy, koncertu etc.

- e/ pomocy w zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej.

### § 3

1. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie:
  - a/ karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, której wzór stanowi **załącznik nr 1 do Regulaminu**,
  - b/ aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności,
  - c/ klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej **załącznik nr 2 do Regulaminu**.
2. Zgłoszenie potrzeby objęcia pomocą w formie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej może zostać złożone pisemnie, osobiście, za pośrednictwem poczty tradycyjnej w terminie w skazanym w ogłoszeniu na stronie internetowej Ośrodka tj. do dnia 21.03.2022 r.
3. Złożenie karty zgłoszenia, klauzuli informacyjnej RODO i orzeczenia o niepełnosprawności nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
4. W przypadku większej ilości zgłoszeń, niż limit miejsc w Programie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie będzie badał indywidualnie sytuację zdrowotną, osobistą i finansową każdego wnioskodawcy.
5. Realizator Programu powiadomi wnioskodawcę telefonicznie o zakwalifikowaniu bądź odmowie zakwalifikowania do Programu.
6. Osoba zakwalifikowana do Programu lub jej opiekun prawny zobowiązana będzie do złożenia:
  - a/ deklaracji uczestnictwa w Programie stanowiącej załącznik nr 3 do Regulaminu,
  - b/ zakresu czynności w ramach usług asystenta do Programu, który będzie wyznacznikiem wsparcia realizowanego przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. Zakres stanowi **załącznik nr 4 do Regulaminu**.
7. Osoba zakwalifikowana do Programu lub jej opiekun prawny, którzy wskażą wybraną przez siebie osobę na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, będzie zobowiązany do złożenia oświadczenia zawierającego:
  - a/ wskazanie imienia i nazwiska asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wraz z jego miejscem zamieszkania oraz oświadczeniem, że wskazana osoba nie jest członkiem rodziny Uczestnika i z nim nie zamieszkuje,
  - b/ informacje, że wskazany asystent jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej. Oświadczenie stanowić będzie **załącznik nr 5 do Regulaminu**.
8. Uczestnik Programu lub opiekun prawny zobowiązany jest aktualizować kartę zgłoszenia do Programu w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.

#### § 4

1. Do realizacji zadań asystenckich angażowane są:

- a/ osoby posiadające dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osobisty osoby niepełnosprawnej<sup>1)</sup>, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,
- b/osoby posiadające co najmniej 6 – miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
- c/ osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, jeżeli nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej.

2. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, z zastrzeżeniem stosowania w tym zakresie przepisów i norm, o których mowa w Kodeksie pracy.

3. Do czasu pracy asystenta wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.

4. Jeden asystent może świadczyć usługi w więcej niż jednym środowisku.

5. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej ma obowiązek uwzględnienia decydującego wpływu uczestnika Programu na podejmowane działania.

#### § 5

1. Limit godzin usług asystenta przypadającego na 1 uczestnika Programu realizowanego w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mrągowie jest zgodny z wnioskiem o dofinansowanie Programu i wynosił będzie:

**a/ od 20 godzin do 30 godzin miesięcznie** w przypadku dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,

**b/ od 40 do 50 godzin miesięcznie** w przypadku 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne, które wymagają usługi asystenta osobistego i zamieszkują na terenie Gminy Mrągowo.

2. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jest bezpłatna.

---

<sup>1)</sup> Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

Rozliczenie usługi asystenta osobistego następuje na podstawie:

- a/ prowadzonego planu i realizacji usług asystenckich, który stanowi **załącznik nr 6 do Regulaminu**,
- b/ prowadzonej karty realizacji usług asystenckich, która stanowi **załącznik nr 7 do Regulaminu**,
- c/ prowadzonej ewidencji przebiegu pojazdu, która stanowi **załącznik nr 8 do Regulaminu**.

#### **Załączniki do Regulaminu:**

1. Karta zgłoszeniowa do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 1 do Regulaminu).
2. Klauzula informacyjna RODO do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 2 do regulaminu).
3. Deklaracja uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 3 do Regulaminu).
4. Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 załącznik nr 4 do Regulaminu).
5. Oświadczenia wskazujące asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 5 do Regulaminu).
6. Plan realizacji usługi asystenckiej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 6 do Regulaminu).
7. Karta realizacji usług asystenta w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (załącznik nr 7 do Regulaminu).
8. Ewidencji przebiegu pojazdu w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (załącznik nr 8 do Regulaminu).

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Międzywodziu

*mgr Elżbieta Mierczak*





**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022\***

**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 wymienionych 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?

.....

## II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

- 1) czynności samoobsługowe **Tak**☐**/Nie**☐
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak**☐**/Nie**☐
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania 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, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) 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 jaką instytucją: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną formy 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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 2022 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

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie

*Imię i nazwisko Dyrektora*

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ**  
ul. Wojska Polskiego 5a/12  
11-700 Mrągowo





## Klauzula informacyjna RODO do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

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 **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie ul. Wojska Polskiego 5a/12, 11-700 Mrągowo, tel. 89 741 -33-07, e-mail: [srkretariat@gops.mragowo.pl](mailto:srkretariat@gops.mragowo.pl)**
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@gops.mragowo.pl](mailto:iod@gops.mragowo.pl)
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja **Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.**
4. 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 2022**, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
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. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. 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 *należy wskazać nazwę gminy/powiatu*, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub *należy wskazać nazwę Wojewody m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.*<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (*należy wskazać nazwę gminy/powiatu*) 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 14 do Programu.

8. 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](mailto: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 2022** lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej

.....  
Data i czytelny podpis

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Mierczak*



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a.....

deklaruję swój udział w Programie "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" - edycja 2022, oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu " Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2022.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie " Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2022 jest bezpłatny.

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2021r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w § 2 Regulaminie realizacji Programu „Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych dla mnie formach wsparcia,
- 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
- 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2022,
- 5) zapoznałem się Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej " - edycja 2022

**Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.**

.....  
Podpis

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Mierczak*



## **Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.**

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

### **1) wsparcie 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 powstaniu odleżyn lub oparzeń ☐;
- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐;
- h) słaniu łóżka i zmianie pościeli ☐;

### **2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):**

- a) sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
- b) dokonywaniu bieżących zakupów (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) ☐;
- c) myciu okien ☐;
- d) utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, 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 żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;

### **3) wsparcie 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 ☐;
- f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta ☐.

**4) wsparcie 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: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni ☐.
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

Miejscowość, dnia.....

.....

Podpis

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Marczak*





.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wskazuję** Panią/Pana .....  
zam. ....

na swojego Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej, który będzie mnie wspierał przy wykonywaniu  
codziennych czynności i funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Oświadczam, że **wskazany przeze mnie** Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan  
..... nie jest członkiem mojej rodziny, nie  
jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Oświadczam, że **wskazany przeze mnie** Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest  
przygotowany do udzielania mi wsparcia przy realizacji usług asystencji osobistej.

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....  
Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Mierczak*



## Plan i realizacja usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022

Miesięczny plan i jego realizacja – .....  
Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....  
Adres uczestnika Programu: .....  
Telefon, e-mail: .....  
Imię i nazwisko asystenta: .....

### Planowany zakres usług/wsparcia, wynikający z indywidualnych potrzeb Uczestnika Programu.

.....  
Data i podpis UP/opiekuna prawnego

.....  
Data i podpis asystenta

### Zrealizowany zakres usług/wsparcia zaplanowany z Uczestnikiem Programu/opiekunem prawnym

.....  
Data i podpis UP/opiekuna prawnego

.....  
Data i podpis asystenta

.....  
Data i podpis pracownika socjalnego

.....  
Data i podpis Dyrektora GOPS



**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

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	Czytelny podpis uczestnika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu ..... 2022 r. wyniosła ..... godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych 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 – koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 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 ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mrągowie  
*mgr Elżbieta Mierczak*





Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

## EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc .....

[illegible]

\*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 późn. zm.) i wynosi: dla samochodu o pojemności skokowej silnika, do 900 cm<sup>3</sup> – 0,5214 zł, dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm<sup>3</sup> – 0,8358 zł, dla motocykla – 0,2302 zł, dla motoroweru – 0,1382 zł.

**DYREKTOR**  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Mielnie

11-700 Mrągowo

CMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

ul. Wojska Polskiego 5a/12