



**Regulamin rekrutacji i udziału  
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022  
w Gminie Miasto Marki**

**Podstawa prawna:**

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2020 r., poz. 1787),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i z 2022 r. poz. 66).

**§1**

**Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
2. Źródłem finansowania Programu jest państwowy fundusz celowy Fundusz Solidarnościowy.
3. Do udziału w Programie są kwalifikowane:
  - 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) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
    - a) o stopniu znacznym lub
    - b) o stopniu umiarkowanym albo
    - c) traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b.
4. Usługi świadczone przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej polegają na pomocy:
  - 1) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
  - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika 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.

Szczegółowo zakres czynności możliwych do realizacji w ramach usługi asystencji osobistej określa załącznik numer 9 do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

5. Program jest skierowany do mieszkańców Marek.
6. Program będzie prowadzony do 31 grudnia 2022 r.
7. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach zwany dalej Ośrodkiem.

## **§2**

### **Rekrutacja**

1. W 2022 r. liczba miejsc w Programie dla mieszkańców Marek to 25. W szczególności udział w weźmie:

- a) 1 dziecko w wieku 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) 24 osoby dorosłe, w tym 17 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 7 osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

W sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Radzymin w Programie w 2022 r.

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu. Ośrodek zastrzega również możliwość: zmiany liczby uczestników we wskazanych kategoriach wiekowych, zmiany liczby osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z uwagi na otrzymane zgłoszenia od osób zainteresowanych udziałem w Programie.

2. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być wyłącznie osoby spełniające kryteria formalne:

- 1) zamieszkujące gminę Marki; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022” stanowiącej załącznik numer 2 do regulaminu;



2) dzieci w wieku 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji albo osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub dokument równoważny; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;

3) osoby, które w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie korzystają z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i z 2022 r. poz. 66), inne usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w załączniku numer 2 do regulaminu, finansowane z innych źródeł; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia osoby zainteresowanej udziałem w Programie lub jej opiekuna prawnego. Oświadczenie należy złożyć na wzorze stanowiącym załącznik numer 2 do regulaminu.

3. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć osoby:

1) z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;

2) ze znacznym stopniem niepełnosprawności; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego.

4. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2022” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.

5. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.

6. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. T.Kościuszki 39a, 05-270 Marki lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.

7. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny Ośrodka.



8. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §2 ust. 3.
9. Nabór osób chętnych do udziału w Programie jest prowadzony w sposób ciągły do wyczerpania liczby miejsc/limitu godzin. Osoby zgłoszone do Programu po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
10. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane pisemnie.

### **§3**

#### **Zasady uczestnictwa**

1. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć:
  - 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
  - 2) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;
  - 3) osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które 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. Wskazanie asystenta odbywa się pisemnie na wzorze stanowiącym załącznik numer 3 do regulaminu.
3. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: rodzic i dziecko, rodzeństwo, wnuki, dziadkowie, teściowie, macocha, ojczym; jak również opiekun prawny lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 pkt 1 i 2.



5. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci zakwalifikowanych do Programu, od asystentów wymagane jest również:

- 1) zaświadczenie o niekaralności;
- 2) pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
- 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

6. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w 2022 roku wynosi nie więcej niż:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) 360 godzin rocznie dla:
  - a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
  - b) 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.

7. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2022”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.

8. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.

9. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie, o której mowa wyżej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługi asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.

10. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.



11. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
12. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.
13. Asystent ewidencjonuje usługi asystencji osobistej na podstawie miesięcznej karty realizacji usług asystenckich.

#### **§4**

##### **Postanowienia końcowe**

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi socjalnemu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Miasto Marki.
2. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad regulaminu.
3. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.



Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji i udziału  
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022  
w Gminie Miasto Marki

**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):

<b>W domu</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>
<b>Poza miejscem zamieszkania</b> <input type="checkbox"/>	1) samodzielnie <input type="checkbox"/>	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/>	3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>

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 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 monitorowania 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.



Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji i udziału  
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022  
w Gminie Miasto Marki

**Oświadczenie o korzystaniu z usług**

Ja niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
oświadczam, iż korzystam/nie korzystam\* w godzinach realizacji usług asystencji osobistej z  
usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z  
dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i z 2022 r. poz. 66),  
innych usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usług  
obejmujących analogiczne wsparcie, finansowanych z innych źródeł.

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

---

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji i udziału  
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022  
w Gminie Miasto Marki

**Oświadczenie dotyczące asystenta**

Ja niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
oświadczam, iż do pełnienia roli asystenta osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

pani/pana \_\_\_\_\_

wyznaczam panią/pana \_\_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) wskazany asystent jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi asystencji osobistej będą świadczone;
- 2) wskazany asystent nie jest członkiem rodziny, w szczególności: rodzicem i dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, babcią, dziadkiem, teściem, teściową, macochą, ojczymem, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje faktycznie z wyżej wymienioną osobą, na rzecz której usługi asystencji osobistej będą świadczone.

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)