



**Regulamin rekrutacji i realizacji**  
**Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023**  
**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 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.).

**§1 Postanowienia ogólne**

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym, której adresatami są:

- 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, , zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, ze zm.).



2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności 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.

3. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Marki.

4. Program będzie prowadzony do 31 grudnia 2023 r.

5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach zwany dalej Ośrodkiem.

6. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 jest finansowany z państwowego funduszu celowego Funduszu Solidarnościowego.

## **§2 Rekrutacja do Programu**

1. W 2023 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 25 osób, w tym:

- 1) 1 dziecko w wieku do 16. roku życia z orzeczeniem 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;
- 2) 24 osoby dorosłe, w tym 18 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 6 osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

2. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych w Programie w 2023 r.



3. Uczestnikami/Uczestniczkami Programu mogą być wyłącznie osoby spełniające kryteria formalne:
- 1) zamieszkujące miasto Marki; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osoby niepełnosprawnej* – edycja 2023” stanowiącej załącznik numer 1 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz 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 ze zm.), inne usługi finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia zawartego w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osoby niepełnosprawnej* – edycja 2023” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
4. 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;



- 3) wymagające wsparcia osoby trzeciej w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zwartej „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2023” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
5. 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 2023” stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.
6. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.
7. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. Kościuszki 39a, 05-270 Marki, w godzinach urzędowania lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.
8. Do udziału w Programie kwalifikuje pracownik socjalny.
9. O udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwa udziału wymienione w §2 ust. 3, jak również sytuacja osobista osób zgłaszających chęć udziału (zgodnie z zapisami ujętymi w §2 ust. 4 regulaminu).
10. 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.
11. 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 osoby:
  - 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. doświadczenie 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 punktach 1 lub 2. Wskazanie asystenta odbywa się pisemnie na wzorze stanowiącym załącznik numer 2 do regulaminu.
3. Osobą wskazaną do pełnienia roli asystenta w Programie nie może być członek rodziny, w szczególności: wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu, zostaje on wybrany spośród osób spełniających wymagania określone w ust. 2 punkt 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 gminie Marki w 2023 roku wynosi nie więcej niż:
- 1) 650 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
  - 2) 560 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 „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2023”, stanowiącej załącznik numer 1 do niniejszego Regulaminu.
8. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
9. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
10. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.



11. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.

12. 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 mieście Marki.

2. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.

3. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.



Załącznik numer 1  
do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby  
niepełnosprawnej”- edycja 2023 w Gminie Miasto Marki

**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 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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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) 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. 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 sprzątanii 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 utrzymaniu 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 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 odparzeń ;
  - 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 monitorowania 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, ze 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

### OSOBY KORZYSTAJĄCE Z PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

#### **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Markach (05-270), przy ul. Kościuszki 39A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres,
- telefonicznie, pod nr. telefonu: **22 771 30 23**,
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [ops@marki.pl](mailto:ops@marki.pl).

#### **Inspektor Ochrony Danych**

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować:

- listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem „IOD”),
- mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [iod@opsmarki.pl](mailto:iod@opsmarki.pl).

#### **Źródło danych**

Dane osobowe (Imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy, data urodzenia, wykształcenie, zawód wyuczony, status na rynku pracy, grupa/stopień niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności, dysfunkcje) mogliśmy u zyskać od osoby, która zgłosiła Pana/Panią do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

#### **Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów,
- realizacji obowiązków wynikających z art. 6 ust 1 lit e RODO, w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej oraz z art. 9 ust. 2 lit. g RODO - przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787) .

#### **Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda Mazowiecki,

dostawcy usług pocztowych, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z

nami, w związku ze świadczeniem usług:

- hostingowych,
- dostawcy rozwiązań informatycznych oraz oprogramowania,
- podmioty świadczące dla nas usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.

#### **Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres:

- 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.

#### **Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

#### **Dobrowolność podania danych**

Podanie danych jest niezbędne do udziału w projekcie





Załącznik numer 2  
do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby  
niepełnosprawnej”- edycja 2023 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 2023

wyznaczam panią/pana \_\_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, że wskazany asystent nie jest członkiem rodziny, w szczególności nie jest to: wstępny lub zstępny, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

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

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