

**Regulamin rekrutacji i realizacji**  
**Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021**  
**w Gminie Miasto Marki**

**Podstawa prawna:**

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2020, poz. 1787 ze zm.),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020, poz. 1876 ze zm.).

**§1**

**Postanowienia ogólne**

1. Podstawą realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanej dalej usługą asystenta, jest Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, zwany dalej Programem.
2. Program zapewnia realizację usługi asystenta mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy:
  - a) 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);
  - b) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
  - c) załatwianiu spraw urzędowych;
  - d) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
  - e) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
  - f) wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej w sytuacji, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.
3. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Marki.

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

## §2

### Rekrutacja

#### **do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

1. W 2021 r. usługami asystenta w Programie zostanie objętych 22 osoby niepełnosprawne, w tym 16 osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz 6 osób z orzeczeniem o stopniu umiarkowanym; wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenia równoważne do wyżej wymienionego.

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Miasto Marki w Programie w 2021 r.

2. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2021”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

3. 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 wzorów stanowiących załączniki numer 2 i 3 do regulaminu.

4. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Markach, ul. Kościuszki 39A, 05-270 Marki, w godzinach urzędowania (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8 do 16) lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.

5. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń.

6. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami asystenta.

7. Po wyczerpaniu limitu dostępnych miejsc w Programie osoby zgłaszające chęć udziału zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby objętej

usługami asystenta, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

### §3

#### Zasady uczestnictwa

##### w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

1. Osoby niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.
3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje:
  - a) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,
  - b) opiekuna prawnego oraz preferencje dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.
4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie, z wyjątkiem:
  - a) osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, których rodzice lub osoby spokrewnione pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) - limit godzin usług asystenta na 1 osobę niepełnosprawną wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie;
  - b) uczestników Programu, którzy korzystają z usług asystenta w ramach innych programów lub projektów, tj. łączna liczba godzin usług asystenta dla wszystkich programów/projektów nie może wynosić więcej niż 60 godzin miesięcznie.
5. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
6. Usługa asystenta będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym harmonogramem świadczonych usług asystenta, stanowiącym załącznik numer 4 do regulaminu.
7. 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.

#### **§4**

##### **Postanowienia końcowe**

1. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
2. 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.
3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
4. W przypadku gdy usługa asystenta jest świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z 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; wymagane jest także zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta.
5. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.

**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.

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 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.

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji i realizacji  
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021  
w Gminie Miasto Marki

**Oświadczenie  
dotyczące korzystania z usług asystenta w ramach innych  
programów/projektów**

Ja niżej podpisany/podpisana .....  
oświadczam, iż korzystam/nie korzystam\* z usług asystenta w ramach innych  
programów/projektów, realizowanych przez .....,  
w wymiarze ..... godzin w miesiącu.

Miejscowość ....., data .....

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



**Oświadczenie opiekuna prawnego  
uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”  
- edycja 2021**

Ja niżej podpisany/podpisana .....  
oświadczam, iż 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  
współdziałania 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.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis opiekuna prawnego uczestnika programu)

Załącznik nr 4 do Regulamin rekrutacji i realizacji  
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021  
w Gminie Miasto Marki

**PLANOWANY HARMONOGRAM WYKONANIA USŁUG ASYSTENTA  
W MIESIĄCU ..... 2021 roku  
Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Imię, nazwisko i adres Uczestnika Programu: .....

.....

Realizator usług: .....

<b>Planowana data realizacji usług asystenta</b>	<b>Godziny pracy od..... do.....</b>	<b>Uwagi</b>
<b>Planowana ilość godzin w danym miesiącu:</b>		

.....

*Data i podpis Uczestnika Programu*

.....

*Data i podpis asystenta*