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 oponowo – 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 powyższych 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?

……

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) wypełnianie ról społecznych **Tak☐/Nie☐**
    3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**
    4) 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, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: …… 2. Wiek: ……

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

……

……

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

……

……

……

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

……

……

……

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 sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
    b) dokonywaniu bieżących zakupów (w 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) w 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 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, z późn. 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 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.

.....

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

1. Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan .....

(imię, nazwisko i numer telefonu asystenta) **nie jest członkiem mojej rodziny*, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.**

(*za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

2. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż:

W godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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 2021 r. poz. 2268 z późn.zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie (jak te objęte niniejszym Programem), finansowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mojej osoby usług asystencji osobistej.

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej" – edycja 2023.

5. Obecnie korzystam z następujących form wsparcia (właściwe proszę podkreślić):

- dzienny dom pomocy społecznej
- środowiskowy dom pomocy społecznej
- mieszkanie treningowe
- warsztaty terapii zajęciowej
- usługi opiekuńcze
- mieszkanie chronione
- dom pomocy społecznej
- hospicjum w formie stacjonarnej (całodobowej)
- specjalistyczne ośrodki wsparcia

- dom samopomocy społecznej/środowiskowy dom samopomocy

- inne (wskazać jakie?)……

6. Jestem osobą uczącą się i niepracującą do 24 roku życia (właściwe proszę zaznaczyć):

☐ tak ☐ nie

7. Zamieszkuję wspólnie z osobą posiadającą orzeczenie o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równoważnego (właściwe proszę zaznaczyć):

☐ tak ☐ nie

.....

(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)

.....

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA UCZESTNIKA PROGRAMU

dotyczy usług asystencji osobistej świadczonych **na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia**

z orzeczeniem o niepełnosprawności

1. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent……..
(imię i nazwisko asystenta) jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec
…… (imię i nazwisko uczestnika Programu).

.....

(podpis opiekuna prawnego/rodzica)

W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia

z orzeczeniem o niepełnosprawności **wymagane jest dołączenie następujących dokumentów:**

a) zaświadczenie o niekaralności Asystenta;
b) informacja o niefigurowaniu Asystenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru

Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023

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", informujem*y, że:*

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, e-mail: kancelaria@mopssosnowiec.pl
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@mopssosnowiec.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023, 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 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 ze zmianami).
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 MOPS Sosnowiec, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Śląskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
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).
   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 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

…….

Podpis uczestnika programu/pełnomocnika

Karta zgłoszenia Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej

„Program Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej" – edycja 2023

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ……..

Adres zamieszkania uczestnika Programu: ……..

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ……

III. Dane Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej

Imię i nazwisko: ……..

Telefon: ……

……
(Podpis uczestnika Programu/rodzica/opiekuna prawnego)

IV. Oświadczenie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej:

Potwierdzam, że zostałam/łem poinformowana/ny przez wyżej wymienionego uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu o przekazaniu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu moich danych osobowych (w zakresie: imię, nazwisko, telefon) jako Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej" – edycja 2023.[1]

V. Oświadczenie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej:

Oświadczam, iż obecnie pozostaję zatrudniona/zatrudniony (umowa zlecenie/umowa o pracę):

Nazwa i adres pracodawcy ……..
Nazwa i adres pracodawcy ……..
Wymiar świadczonej pracy ……..…
Pracę świadczę (dni tygodnia, godziny pracy)……

Wyrażam zgodę na kontakt Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu ze wskazanym przez mnie pracodawcą/pracodawcami.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu w formie pisemnej, każdorazowo o zawarciu nowej lub rozwiązaniu obecnej umowy w zakresie zatrudnienia.

……

(Podpis Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej)

[1] Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie BIP MOPS w Sosnowcu w zakładce Ochrona danych osobowych

Do Karta zgłoszenia Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej należy dołączyć:

1) kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;

lub

2) udokumentowane co najmniej 6-miesięczne, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (posiadanie doświadczenie, o którym mowa w pkt 2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym – dotyczy zatrudnienia w oparciu o **umowę cywilnoprawna lub umowę o pracę**).