



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat  
Wejherowski

Załącznik do Zarządzenia nr 8/2024  
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Wejherowie z dnia 18.01.2024 r.

**REGULAMIN REALIZACJI PROGRAMU**  
**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**  
**- edycja 2024**  
**w Powiecie Wejherowskim**



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

---



Powiat  
Wejherowski



Pomorski Urząd Wojewódzki  
w Gdańsku

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



## §1

### Postanowienie ogólne

1. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 (dalej zwany: „Programem”) jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Niniejszy regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024
3. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie uchwały Nr VI/831/23 Zarządu Powiatu Wejherowskiego z dnia 29 sierpień 2023 roku w sprawie upoważnienie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024
4. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 będzie realizowany na terenie Powiatu Wejherowskiego.

## §2

### Podstawa prawna programu

1. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 oraz art. 13 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429 ).
2. Treść resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Uchwała Nr VI/831/2023 Zarządu Powiatu Wejherowskiego z dnia 29 sierpień 2023r. w sprawie upoważnienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie do podejmowania czynności związanych z realizacją Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024.

## §3

### Cele i adresaci programu

1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
2. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:
  - 1) poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
  - 2) wsparcia osób niepełnosprawnych oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb;
  - 3) uczestnictwa osób niepełnosprawnych w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.;
  - 4) dofinansowania jednostek samorządu terytorialnego w ramach realizowanych zadań mających na celu wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych;
  - 5) zwiększenia wsparcia asystenckiego dla niepełnosprawnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.

3. Program zapewni wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym:

- 1) dzieciom 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, oraz
- 2) osobom niepełnosprawnym posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności:
  - w stopniu znacznym lub
  - w stopniu umiarkowanym lub
  - traktowane na równi do wyżej wymienionych 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 2024 r. poz. 44 ze zm.).

4. Realizator zakłada objęcie w roku 2024 wsparciem usług asystenta osobistego 36 osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących na terenie powiatu wejherowskiego:

- 1) 3 osoby niepełnosprawne 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- 2) 25 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 3) 8 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

5. Realizator w pierwszej kolejności uwzględni potrzeby osób samotnie gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.

## §4

### Zakres przedmiotowy i podmiotowy

1. Program będzie realizowany w zakresie zapewnienia usługi asystencji osobistej osobie niepełnosprawnej, zwaną dalej „uczestnikiem” wykonywaną/ świadczoną przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”.
2. Program będzie realizowany w zakresie świadczenia usług asystencji osobistej poprzez zapewnienie pomocy uczestnikowi w:
  - 1) wykonywaniu czynności dnia codziennego;
  - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez adresata miejsca;
  - 3) załatwianiu spraw urzędowych;
  - 4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
  - 5) zaprowadzaniu i odbieraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej.
3. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
4. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji uczestnika, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju jego niepełnosprawności.
5. Realizator ustalił limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w roku 2024 nie więcej niż:
  - 1) 772 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;



- 2) 662 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym;
  - 3) 360 godzin rocznie dla dzieci 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.
6. Z zastrzeżeniem, że łączny wymiar godzin usług asystencji osobistej świadczonych w ramach Programu nie może przekroczyć limitu określonego w Rozdz. IV pkt. 19 Programu.
  7. Czas realizacji usług asystencji osobistej:
    - a) usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę,
    - b) do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika,
    - b) do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
  8. O zakresie czynności w ramach usług asystenta decyduje uczestnik programu, wskazując oczekiwania pomocy, zgodnie z treścią załącznika nr 3 do niniejszego regulaminu.
  9. W ramach przyznanej usługi asystencji osobistej prowadzona będzie miesięczna ewidencja realizacji usług asystenta w ramach Programu, zgodnie z załącznikiem nr 6 do regulaminu.
  10. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

## §5

### Terminy realizacji

1. Nabór wniosków na usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej rozpoczyna się od dnia 18.01.2024 roku i trwa do 31.01.2024, z zastrzeżeniem o możliwości przedłużenia naboru, aż do wyczerpania środków pozyskanych na zadanie w ramach Programu z Funduszu Solidarnościowego.
2. Usługi w ramach programu będą świadczone po zawarciu umowy z asystentem do dnia 30 listopada 2024 roku.
3. Rozpatrywanie wniosków o usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej dla uczestników będą rozpatrywane przez komisję po zakończeniu naboru.

## §6

### Nabór uczestników

1. Uczestnik, ubiegający się o usługi w Programie zobowiązany jest do złożenia do realizatora:
  - 1) Karty zgłoszeniowej (załącznik nr 1 do regulaminu),
  - 2) Oświadczenia o wyborze asystenta (załącznik nr 2 do regulaminu),
  - 3) Zakresu czynności w ramach usług asystenta do Programu (załącznik nr 3 do regulaminu),
  - 4) Orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności,
  - 5) Klauzuli informacyjnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 (załącznik nr 4 do regulaminu),



- 6) Klauzuli informacyjnej RODO w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 (załącznik nr 5 do regulaminu),
2. Karta zgłoszenia wraz z załącznikami dostępna jest na stronie internetowej [www.pcprowejherowo.pl](http://www.pcprowejherowo.pl) (w formacie MS WORD oraz PDF) a także w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
3. Wypełnioną i podpisana kartę zgłoszeniową wraz z załącznikami należy złożyć:
  - 1) Osobiście w siedzibie: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a 84-200 Wejherowo (skrzynka podawcza),
  - 2) Poczta na adres: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279a 84-200 Wejherowo,
  - 3) Poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą E-PUAP (adres skrzynki: Pcprowejherowo/SkrytkaESP).
4. Złożenie wniosku wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.
5. Karta zgłoszeniowa wraz z załącznikami podlega weryfikacji formalnej oraz merytorycznej dokonanej przez komisję powołaną zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
6. Oceny formalnej wniosku (załącznik nr 7 do regulaminu) dokonuje pracownik merytoryczny sprawdzając:
  - 1) czy wniosek został złożony we właściwej instytucji,
  - 2) czy wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie,
  - 3) czy wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku i złożono wymagane załączniki.
7. W przypadku wystąpienia uchybień we wniosku, pracownik merytoryczny w terminie 10 dni od daty wpływu wniosku informuje wnioskodawcę o uchybieniach i wzywa do ich usunięcia w terminie 30 dni od daty otrzymania wezwania do ich usunięcia;
8. W przypadku gdy pracownik merytoryczny poweźmie wątpliwość co do danych we wniosku, które mają wpływ na przyznanie usługi, wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie lub złożenia dokumentów w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez wnioskodawcę,
9. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
10. Po dokonaniu oceny formalnej, wniosek podlega ocenie merytorycznej w oparciu o kartę oceny merytorycznej stanowiącą załącznik nr 8 do regulaminu.
11. Do Programu w pierwszej kolejności zostaną zakwalifikowane osoby, które w ocenie merytorycznej otrzymają najwyższą liczbę punktów. Lista rankingowa zostanie utworzona odrębnie dla osób do 16-tego roku życia oraz powyżej 16-tego roku życia. W przypadku Uczestników posiadających taką samą liczbę punktów o zakwalifikowanie do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
12. Realizator zastrzega sobie w wyniku pracy komisji utworzyć listę rezerwową uczestników, którzy spełniają kryterium uczestnictwa oraz wymogi formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.
13. Osoby z listy rezerwowej grupy docelowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału w Programie według pozycji zajmowanej na liście rezerwowej w trakcie jego trwania w przypadku rezygnacji, skreślenia osoby z uczestnictwa lub pojawienia się możliwości zakwalifikowania większej niż zakładana liczba osób.



14. Decyzje o przyznaniu, miejscu na liście rezerwowej lub odmowie objęcia wsparciem podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie na podstawie zasad określonych w Programie i niniejszym Regulaminie, po dokonaniu oceny formalnej i merytorycznej przez powołaną komisję zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.
15. O zakwalifikowaniu do programu lub zakwalifikowaniu się na listę rezerwową oraz odmowie Powiatu Programu poinformuje uczestnika pisemnie.
16. Za datę rozpoczęcia udziału w Programie uznaje się dzień, w którym uczestnik został objęty pierwszą formą wsparcia.
17. Za datę zakończenia udziału w Programie uznaje się dzień udzielenia ostatniej formy wsparcia.

## §7

### Kryteria naboru wykonawców

1. Realizator kupuje usługi asystencji osobistej od podmiotów sektora prywatnego, z zastrzeżeniem klauzul społecznych.
2. Realizator może zatrudniać pracowników realizujących usługi asystencji osobistej wskazanych przez uczestnika Programu.
3. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika:
  - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, 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 pkt 1 lub 2.
4. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami wymienionymi w §7 pkt 3., wymagane jest także:
  - 1) zaświadczenie o niekaralności;
  - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
  - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

## §8

### Obowiązki wykonawców

1. Podmiot świadczący usługi asystencji osobistej zobowiązuje się do:
  - 1) wykonywania powierzonej usługi z dołożeniem należytej staranności,
  - 2) realizowanie usług asystencji osobistej zgodnie z Programem oraz Regulaminem,
  - 3) stosowania się do umowy zawartej pomiędzy Realizatorem a podmiotem,
  - 4) umożliwienie poddania się kontroli przez Realizatora,
  - 5) dostarczenie karty realizacji do 5-ego dnia każdego miesiąca kalendarzowego za poprzedni miesiąc realizacji usług (załącznik nr 6 do regulaminu).



## §9

### Prawa i obowiązki uczestników

1. Uczestnik ma prawo do:
  - 1) udziału w zaplanowanych formach wsparcia,
  - 2) decydowania o rodzaju pomocy, z której chce skorzystać oraz sposobie jej udzielenia,
  - 3) zgłaszania uwag i oceny formy wsparcia, którymi został objęty w realizowanym Programie do Realizatora.
2. Uczestnik programu zobowiązuje się do:
  - 1) udostępnienia danych osobowych swoich oraz osoby, nad którą sprawuje opiekę, w tym szczególnych kategorii danych niezbędnych do realizacji Programu. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować odrzuceniem z udziału w Programie,
  - 2) uczestnictwa w zaplanowanych wobec niego formach wsparcia i udziału w nich,
  - 3) poinformowania osoby realizującej usługi asystenckie o nieobecności w terminie umówionego spotkania z 1-dniowym wyprzedzeniem,
  - 4) niezwłocznego informowania osoby realizującej usługi asystenckie o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
  - 5) poddania się kontroli przeprowadzanej przez Realizatora Programu;
  - 6) uczestnik Programu ma obowiązek potwierdzania zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w Karcie realizacji Programu Asystenta osobistego;
  - 7) przestrzegania zapisów programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 oraz niniejszego regulaminu.

## § 10

### Zadania realizatora

1. Koordynowanie realizacji Programu w powiecie.
2. Prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizację Programu.
3. Przeprowadzenie kontroli uczestników oraz podmiotu realizującego usługi.
4. Rozliczenie zrealizowanej usługi na podstawie prowadzonej dokumentacji.
5. Realizowanie zadań zgodnie z zapisem programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 oraz podpisaną umową w zakresie wysokości i trybu przekazywania środków Funduszu Solidarnościowego oraz

## §11

### Kontrola

1. Realizator programu w każdym czasie realizacji usługi ma prawo przeprowadzić kontrole prawidłowości wykonywania usług, zgodnie z celami i zasadami programu oraz rzetelnością i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez podmiot zobowiązań określonych w umowie. Uczestnik ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.
2. Po zakończeniu kontroli, o której mowa w ust. 1, sporządza się protokół, który zostaje przekazany Uczestnikowi do podpisania. Uczestnik przed podpisaniem protokołu kontroli może co do treści protokołu kontroli zgłosić zastrzeżenia na piśmie wraz z uzasadnieniem w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu do podpisu. Realizator programu może uwzględnić zastrzeżenia, dokonując odpowiednich zmian w treści protokołu. Do zastrzeżeń, które nie zostały uwzględnione Realizator programu ustosunkowuje się i dołącza je do protokołu kontroli.



## §12

### Postanowienie końcowe

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje przez czas trwania Programu.
2. Realizator zastrzega sobie możliwość zmiany ilości osób określonych w § 3 ust 4. oraz ilości godzin określonych § 4 ust 5.
3. Realizator zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu w każdym czasie. Wszelkie zmiany Regulaminu za wyjątkiem wymienionymi w §12 ust. 2 wymagają formy pisemnej i wchodzi w życie z dniem ich podpisania i podania do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty u Realizatora.
4. W kwestiach nieujętych w niniejszym Regulaminie ostateczne rozstrzygnięcie podejmuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie, od którego nie przysługuje odwołanie.
5. Realizator zastrzega sobie prawo do zaprzestania realizacji Programu w razie rozwiązania umowy o dofinansowanie z Wojewodą.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa.





## Karta zgłoszenia do Programu

### „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:  
.....
2. Adres:  
.....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Status na rynku pracy: .....
6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak  / Nie   
Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko  
.....
7. Grupa/stopień niepełnosprawności:  
.....
8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
  - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; 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 ,
9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:  
.....
10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – Tak  / Nie
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. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem 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. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

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

.....  
.....  
.....



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

.....

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
  - a) korzystanie z toalety **Tak**  / **Nie** ;
  - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak**  / **Nie** ;
  - c) czesanie **Tak**  / **Nie** ;
  - d) golenie **Tak**  / **Nie** ;
  - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak**  / **Nie** ;
  - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak**  / **Nie** ;
  - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak**  / **Nie** ;
  - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak**  / **Nie** ;
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak**  / **Nie** ;
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak**  / **Nie** ;
  - k) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak**  / **Nie** .
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
  - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak**  / **Nie** ;
  - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak**  / **Nie** ;
  - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak**  / **Nie** ;
  - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;



- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** ;
  - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak**  / **Nie** ;
  - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak**  / **Nie** .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ;
  - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  / **Nie** ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak**  / **Nie** ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak**  / **Nie** ;
  - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak**  / **Nie** ;
  - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak**  / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak**  / **Nie** ;
  - b) wyjście na spacer **Tak**  / **Nie** ;
  - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak**  / **Nie** ;
  - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak**  / **Nie** ;
  - e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak**  / **Nie** ;
  - f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak**  / **Nie** ;



- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak**  / **Nie** ;
  - h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak**  / **Nie** ;
  - i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak**  / **Nie** .
8. 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?**

.....  
.....

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej?

**Tak**  / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin: .....
- b. limitu wykorzystanych godzin: .....
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane:

.....

#### 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.





4. Oświadczam, że w godzinach 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 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - 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 Regulaminu Realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

.....  
Miejscowość, data

.....  
.....  
.....

Dane wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Oświadczam, że:

Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

W/w osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej
- spełnia warunki określone w pkt. IV. ust 4., na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty: .....

.....  
.....

Nie wybieram asystenta.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu

Załącznik nr 3 do Regulaminu Realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2024**

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

**1) Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:**

- a) korzystanie z toalety
- b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
- c) czesanie
- d) golenie
- e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
- f) obcinanie paznokci rąk i nóg
- g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
- h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
- i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
- j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
- k) stanie łóżka i zmiana pościeli

**2) Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie: (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania)**

- a) sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)

**3) Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
- f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta

**4) Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
- b) wyjście na spacer
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, dnia .....

Załącznik nr 4 do Regulaminu Realizacji Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

## **Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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:

Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie , ul. Sobieskiego 279a, 84-200 Wejherowo, nr tel.58-672-17-60, kancelaria@pcprwejherowo.pl .**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

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 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

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.

Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.

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 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie**, 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 pomorskiemu** m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.<sup>1)</sup>

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)).

---

<sup>1)</sup> W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie** 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.





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.

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

.....

Podpis wnioskodawcy



## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: [iodo@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

*Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*



Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra). Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

### **Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

### **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....

**Podpis wnioskodawcy**

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu: .....

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5. itd..						

**(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)**

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu ..... 2024 r. wyniosła ..... godzin.  
Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych 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 wyniosł ..... zł – 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.\*\*

.....

Data i podpis asystenta

## Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.



## Ocena formalna

Wniosku o przyznanie usług asystencji osobistej

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

Nr sprawy: PON.62.1. .... .2024.KŻ

- wniosek został złożony we właściwej instytucji .....
- wniosek został sporządzony na obowiązującym formularzu.....
- .....
- wypełniono wszystkie wymagane pola we wniosku.....
- Dołączono wszystkie wymagane załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku		Data uzupełnienia
		TAK	NIE	
1.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały złożone wg właściwych wzorów			
2.	Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)			
3.	Oświadczenie dot. wyboru asystenta			
4.	Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu			
5.	Klauzula informacyjna w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024			
6.	Klauzula informacyjna RODO w ramach „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024			

W dniu sporządzenia oceny formalnej tj. .... wniosek kompletny/nie kompletny\*.

W dniu .....wysłano pismo o konieczności uzupełnienia braków formalnych.

W dniu ..... wniosek uzyskał ocenę formalną: **pozytywną**

**negatywną**

\* *niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć pracownika

**Karta oceny merytorycznej**  
**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**  
**– edycja 2024**

Nr sprawy:

<b>OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU</b>	
<b>1. Sposób poruszania się wnioskodawcy w miejscu zamieszkania:</b>	
osoba leżąca (3 pkt)	
przy pomocy sprzętów ortopedycznych (2 pkt)	
samodzielnie (1 pkt)	
<b>2. Wnioskodawca posiada niepełnosprawność:</b>	
sprężona (3 pkt)	
niesprężoną (1 pkt)	
<b>3. Osoba zamieszkująca samodzielnie ( 3 pkt)</b>	
<b>4. Wykazane trudności w codziennym funkcjonowaniu, specjalne okoliczności, które uzasadniają konieczność korzystania z usług asystenckich:</b>	
Tak (3 pkt), uzasadnienie:	
Nie (0 pkt)	
<b>Razem (max. 12 pkt)</b>	<b>..... pkt</b>

Członek Zespołu
-----------------

Członek Zespołu
-----------------

Członek Zespołu
-----------------

.....

Data Miejscowość Zatwierdza

Dyrektor PCPR