



**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie**  
**Regulamin rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**– edycja 2024**

**Słowniczek**

- 1) **Program** – program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024,
- 2) **Usługi** – usługi asystencji osobistej realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością;
- 3) **Asystent** – osoba świadcząca usługi, spełniająca wymagania określone w rozdziale VI Regulaminu;
- 4) **Uczestnik** – osoba z niepełnosprawnością, będąca beneficjentem usług asystencji osobistej, szczegółowo określona w rozdziale I ust. 5 Regulaminu – działająca osobiście lub reprezentowana przez opiekuna prawnego;
- 5) **Kandydat/ka** – osoba ubiegająca się o udział w Programie;
- 6) **Realizator** – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej – jednostka organizująca usługi asystencji osobistej.

**I Informacje ogólne:**

1. Program będzie realizowany zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Wielkopolski Urząd Wojewódzki wnioskiem Miasta Gniezna na środki finansowe z Programu. Podstawą prawną Programu jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. 2023, poz. 647, 1407 i 1429).
2. Program realizowany będzie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie do 15 grudnia 2024 r.
3. Liczba Uczestników Programu jest ograniczona.
4. Zgodnie z Programem „celem rozpowszechnienia usług asystencji osobistej jest zwiększenie szans osób z niepełnosprawnościami na prowadzenie bardziej niezależnego/samodzielnego i aktywnego życia”. Głównym celem Programu jest prowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować.
5. Uczestnikami Programu mogą być:
  - 1) dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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 oraz
  - 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
  - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
  - c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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
6. Limit godzin usług asystencji osobistej **przypadających na jedną osobę** z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) **840 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) **720 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) **480 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) **360 godzin rocznie** dla:

- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- c) dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

7. Usługi asystencji osobistej świadczone są w ramach Programu nieodpłatnie.

## II Kryteria oceny:

1. Do Programu mogą zostać zakwalifikowane osoby wymienione w rozdziale I ust. 5 Regulaminu.

2. Uczestnik musi spełniać następujące kryteria:

1) **obowiązkowe:**

Mieszkaniec/nka Miasta Gniezna, który/a posiada jedno z wymienionych w rozdziale I ust. 5 Regulaminu orzeczeń.

2) **formalne:**

- a) Kandydat złoży we wskazanym terminie wymagane dokumenty rekrutacyjne, tj. Kartę zgłoszenia do Programu wraz z Klauzulą informacyjną RODO oraz kserokopią aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
- b) Wskaże Asystenta spełniającego wymagania określone w rozdziale V ust. 1 Regulaminu. Jeżeli Asystent nie zostanie wskazany przez Uczestnika lub jego opiekuna prawnego, Asystenta może wskazać Realizator.

3) **premiowane** (weryfikowane na podstawie Karty zgłoszenia do Programu, oświadczenia Kandydata oraz dokumentacji własnej Realizatora):

- a) rodzaj gospodarstwa domowego i możliwość wsparcia bliskich:
  - osoba samotnie gospodaruje i nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich – pkt 10,
  - osoba inna niż wskazana powyżej – pkt 0;
- b) posiadany stopień niepełnosprawności:
  - osoba z niepełnosprawnością sprzężoną - pkt 10
  - osoba z niepełnosprawnością znaczną – pkt 5
  - pozostałe - pkt 0
- c) wsparcie ze strony instytucji - w przypadku korzystania ze wsparcia, o którym mowa w niniejszym punkcie wymiar godzin wsparcia należy potwierdzić odpowiednim dokumentem, np. zaświadczeniem, za wyjątkiem sytuacji, gdy usługi przyznane zostały przez Realizatora:
  - nie korzysta – pkt 10
  - korzysta - pkt 0
- d) wsparcie ze strony środowiska:
  - osoba nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych – pkt 10,
  - osoba porusza się samodzielnie – pkt 0;
- e) pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem:
  - inna osoba nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem – pkt 5,
  - inna osoba pobiera świadczenie pielęgnacyjne z tytułu sprawowania opieki nad Kandydatem – pkt 0;

### III Rekrutacja

1. Kandydat ubiegający się o udział w Programie:

- 1) wypełnia Kartę zgłoszenia do Programu oraz zapoznaje się z klauzulą informacyjną RODO;
- 2) Załącza kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Dokumenty rekrutacyjne należy:

- 1) wypełnić w sposób czytelny, w języku polskim, odręcznie lub komputerowo;
- 2) wypełnić wszystkie pola w wymaganych załącznikach;
- 3) podpisać we wszystkich wskazanych polach odręcznie, przy czym:

- a) w przypadku osób niepełnoletnich – podpis składa rodzic/opiekun prawny,
  - b) w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – podpis składa opiekun prawny.
- 4) Dokumenty wysłane profilem zaufanym uważa się za podpisane:
- a) gdy zostały podpisane podpisem zaufanym i wysłane z profilu zaufanego osoby ubiegającej się o udział w Programie lub opiekuna prawnego;
  - b) gdy dokumenty wysyła osoba trzecia, dokumenty powinny być podpisane przez osobę ubiegającą się o udział w Programie odręcznie i załączone w postaci zeskanowanego dokumentu.
3. Wymagane dokumenty można złożyć w dogodnej dla siebie formie:
- 1) osobiście - w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gnieźnie przy ul. Dworcowej 7 lub
  - 2) pocztą tradycyjną - na adres: ul. Dworcowa 7, 62-200 Gniezno.
4. Dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Programu.
5. Realizator zastrzega, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie oznacza przyjęcia do Programu.
6. O przyjęciu do Programu decyduje spełnienie kryteriów formalnych, wymienionych w rozdziale II Regulaminu ust. 2 pkt 2 oraz limit miejsc, jakie posiada Realizator. W przypadku zgłoszenia się większej liczby Kandydatów niż miejsc w Programie, pierwszeństwo będą miały osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną a następnie osoby z największą liczbą punktów uzyskanych w kryteriach premiowanych wymienionych w rozdziale II ust. 2 pkt 3 Regulaminu. W przypadku Kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów, o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
7. Informację o zakwalifikowaniu się do Programu oraz ilość godzin Realizator przekazuje Uczestnikowi pisemnie lub mailowo.
8. Realizator prowadzi rekrutację zamkniętą w terminie do 09.04.2024r. Rekrutacja uzupełniająca zostanie ogłoszona w przypadku zgłoszenia się mniejszej liczby Uczestników niż miejsc w Programie. Terminy rekrutacji uzupełniającej będą ogłaszane na stronie internetowej Realizatora.
9. W wyniku procesu rekrutacji zostanie utworzona lista rankingowa osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie oraz lista osób rezerwowych, które spełniają kryterium dostępu i formalne, lecz nie zostały zakwalifikowane do udziału w Programie z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc. Osoby z listy rezerwowej danej grupy docelowej mogą zostać zaproszone 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.
10. Za datę złożenia dokumentów rekrutacyjnych uznaje się datę ich wpływu do siedziby Realizatora.
11. Rekrutacja będzie prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gnieźnie. Decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.

#### **IV Zakres usług asystenckich:**

- 1. Usługi świadczone przez Asystentów polegają w szczególności na:

- 1) pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, codzienna higiena, spożywanie posiłków oraz poruszanie się,
  - 2) pomocy w miejscu pracy poprzez wspieranie osoby z niepełnosprawnościami w wykonywaniu obowiązków zawodowych, dostępie do informacji i komunikacji ze współpracownikami,
  - 3) pomocy w nawiązywaniu kontaktów społecznych, uczestniczeniu w wydarzeniach społecznych i aktywnościach kulturalnych,
  - 4) pomocy w przemieszczaniu się w tym w korzystaniu z komunikacji publicznej lub pieszo,
  - 5) pomocy w monitorowaniu stanu zdrowia, wizytach u lekarza i dbaniu o codzienną opiekę zdrowotną,
  - 6) wsparciu emocjonalnym (słuchanie, rozmowa, pomoc w rozwiązywaniu wyzwań emocjonalnych),
  - 7) pomocy w organizacji codziennego rozkładu dnia, planowaniu zadań i realizacji obowiązków, utrzymaniu harmonii pomiędzy życiem osobistym a zawodowym,
  - 8) pomocy w załatwianiu spraw urzędowych np. w załatwianiu formalności w uzyskaniu świadczeń społecznych, dostępu do pomocy finansowej i innych korzyści,
  - 9) wyjściu, powrocie lub dojazdach z Uczestnikiem w wybrane przez Uczestnika miejsca na terenie Miasta Gniezna (np. praca, placówka oświatowa, dzienny ośrodek wsparcia, warsztat terapii zajęciowej, rehabilitacja, muzeum, kino, teatr, wystawy);
2. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego Asystenta maksymalnie 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.
3. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone o 90 minut trwania.
4. Szczegółowy zakres czynności zawiera Karta zgłoszenia do Programu.

## **V Organizacja usług**

1. W celu zapewnienia należytego świadczenia usług, Realizator zatrudni osoby wskazane przez Uczestnika. Każda z tych osób musi spełniać następujące wymogi :

- 1) nie jest członkiem rodziny Uczestnika, jego opiekunem prawnym oraz osobą, która faktycznie zamieszkuje razem z Uczestnikiem (za członków rodziny uznaje się wstępnych, zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem) oraz
- 2) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w jednym z następujących zawodów lub specjalności: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
- 3) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu

(udokumentowane w formie pisemnego oświadczenia podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem może być również osoba fizyczna);

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

- 4) zaświadczenie o niekaralności;
- 5) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 6) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością

2. Uczestnik może kontaktować się z Realizatorem w dogodnej dla siebie formie:

- 1) telefonicznej: 61-426-25-82;
- 2) mailowej: [mops@mops.gniezno.pl](mailto:mops@mops.gniezno.pl)
- 3) osobistej: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie, ul. Dworcowa 7

3. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w trakcie świadczenia usług, które wynikają z działania osób trzecich, niezatrudnionych w celu świadczenia usług.

4. Realizator przekazuje Asystentom Karty realizacji usług stanowiące załącznik nr 3 do Regulaminu.

5. Asystent prowadzi Karty realizacji usług, na bieżąco oddzielnie dla każdego Uczestnika.

6. Potwierdzeniem realizacji usługi jest złożenie podpisu przez Uczestnika na Karcie realizacji usług, każdorazowo po zakończeniu usługi danego dnia.

7. W przypadku odmowy podpisania Karty realizacji usług, Uczestnik zobowiązany jest podać uzasadniony powód odmowy. Odmowa podpisania i powód odmowy odnotowywane są przez Asystenta w Karcie realizacji usług.

8. Asystent ma prawo do uzyskania zwrotu za bilety jednorazowe komunikacji miejskiej po uzgodnieniu z Realizatorem. Asystent prowadzi na bieżąco ewidencję biletów jednorazowych komunikacji miejskiej (zał. 4 do Regulaminu).

9. Karty realizacji usług (zał. 3) wraz z ewidencjami (jeśli dotyczą), Asystent przekazuje Realizatorowi w terminie do 5 dni roboczych każdego miesiąca, po jego zakończeniu.

10. Realizator i/lub Asystent może odmówić realizowania usług w następujących przypadkach:

- 1) w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu Uczestników, Asystentów/tek lub osób trzecich;
- 2) w sytuacjach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa;
- 3) na rzecz osób trzecich, np. członków rodziny Uczestników.

11. Realizator może ustalić nowy limit godzin lub odmówić dalszego świadczenia usługi w następujących przypadkach:

- 1) utraty przez Uczestniczkę statusu osoby z niepełnosprawnością,
- 2) zmiany stopnia niepełnosprawności,
- 3) korzystania w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowych ze środków publicznych lub innych form wsparcia, których przyznanie skutkuje brakiem celowości dalszego świadczenia usług,
- 4) nieprzestrzegania postanowień Regulaminu.

## **VI Sposób realizacji usługi przez Asystenta i Realizatora**

1. Usługi polegają na współpracy oraz wzajemnym szacunku Uczestnika i Asystenta.
2. Świadcząc usługi Realizator i Asystent kierują się zasadami:
  - 1) akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru, wartości i celów życiowych Uczestnika;
  - 2) indywidualizacji – podmiotowe podejście do Uczestnika, jego niepowtarzalnej osobowości, z prawami i potrzebami;
  - 3) poufności – respektowanie prywatności tj. nieujawniania informacji przekazanych przez Uczestnika, również członkom najbliższej rodziny, oraz bez wiedzy i zgody Uczestnika.
3. W trakcie świadczenia usług opiekuńczych niedopuszczalne jest stosowanie agresji fizycznej lub słownej i nadużywania stosunku zależności, w szczególności niedopuszczalne są następujące zachowania: stosowanie przemocy fizycznej (szturchanie, popychanie, rzucanie przedmiotami), podnoszenie głosu, stosowanie obraźliwych lub wulgarnych zwrotów, zachowania przekraczające granicę sfery intymnej, stosowanie przemocy słownej (wyśmiewanie, ironizowanie, przedrzeźnianie itp.).
4. Asystent nie podejmuje decyzji za Uczestnika, jego celem jest jedynie wspieranie lub pomoc w realizacji osobistych zamiarów.
5. W przypadku niezrozumienia zadania, Asystent jasno komunikuje swoje wątpliwości Uczestnikowi.
6. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz Uczestnika a nie dla innych członków rodziny Uczestnika czy innych osób z jego otoczenia.
7. Asystent w tym samym czasie może wspierać tylko jednego Uczestnika.
8. Zakres świadczonych usług powinien odpowiadać osobistej sytuacji Uczestnika, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności.
9. Asystent zobowiązany jest do informowania o swojej nieobecności Realizatora i Uczestnika.
10. Usługi są realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym pomiędzy Asystentem a Uczestnikiem.
11. W prowadzeniu gospodarstwa domowego Asystent wspiera wyłącznie Uczestników zamieszkujących samodzielnie.
12. Wsparcie w sprzątaniu wykonywane jest przy użyciu materiałów i środków czystości Uczestnika. Usługa nie obejmuje wsparcia w: gruntownym sprzątaniu mieszkania (m.in. sprzątania po remontach), myciu lamp wiszących i żyrandoli, mycia klatki schodowej, myciu krat i rolet zewnętrznych, trzepaniu i praniu dywanów, chodników dywanowych, sprzątaniu balkonów, tarasów, ogródków, pracach sezonowych (m.in. zgrabiania liści, odśnieżania).
13. Jeżeli czynności polegające na wsparciu w przemieszczaniu się, wsparciu w komunikacji z otoczeniem wymagają użycia specjalistycznego sprzętu (np. podnośnik, wózek, balkonik, schodołaz, sprzęt do komunikacji alternatywnej itp.), zapewnienie go jest obowiązkiem Uczestnika.
14. Aktywna infekcja Asystenta lub Uczestnika, wyklucza świadczenie usług.
15. W przypadku usług wymagających wysiłku fizycznego (w tym związanych z pielęgnacją, zmianą pozycji ciała i przemieszczaniem się), ma zastosowanie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym.

## **VII Prawa i obowiązki Uczestnika:**

1. Uczestnik ma prawo do:

- 1) korzystania z pomocy Asystenta w zakresie wynikającym z Programu;
- 2) wymagania od Asystenta zachowania poufności w zakresie informacji o sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej swojej i członków rodziny;
- 3) wymagania od Asystenta niepalenia tytoniu w miejscu świadczenia usługi, zachowania trzeźwości oraz niewprowadzania do mieszkania Uczestnika osób nieupoważnionych oraz zwierząt;
- 4) zgłoszenia potrzeby zmiany Asystenta.

2. Uczestnik zobowiązany jest do:

- 1) przestrzegania Regulaminu;
- 2) traktowania Asystenta z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej;
- 3) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z Asystentem oraz niewykorzystywania relacji z Asystentem do realizacji własnych interesów;
- 4) podpisywania Karty realizacji usługi, każdego dnia po zakończeniu usługi;
- 5) w sytuacji posiadania zwierzęcia domowego – posiadania aktualnego świadectwa szczepienia (o ile jest wymagane np. psy, koty) oraz zapewnienia Asystentowi możliwości bezpiecznych warunków pracy, np. przez zamknięcie zwierzęcia w innym pomieszczeniu (w szczególności, gdy zwierzę przejawia agresywne zachowania lub inne uniemożliwiające wykonanie usług);
- 6) bezwzględnego informowania Asystenta lub Realizatora o wszelkich sytuacjach, mających wpływ na termin i sposób świadczenia usługi;
- 7) niezwłocznego poinformowania Realizatora o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług Asystenta albo na wymiar limitu godzin asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków publicznych) - w terminie nie później niż 7 dni od dnia wystąpienia zmiany.

3. Uczestnik powinien zachować trzeźwość w trakcie realizacji usług.

4. Uczestnik nie powinien palić tytoniu w obecności Asystenta, jeśli nie wyrazi on na to zgody.

5. Uczestnik powinien zapewnić Asystentowi dostęp do bieżącej wody w celu umycia rąk oraz umożliwić korzystanie z toalety.

6. W trakcie świadczenia usług asystencji osobistej niedopuszczalne jest stosowanie agresji fizycznej lub słownej oraz wymuszanie na Asystencie wykonywania czynności wykraczających poza zakres i wymiar usług określonych w Programie, w szczególności niedopuszczalne są następujące zachowania: stosowanie przemocy fizycznej (szturpanie, popychanie, rzucanie przedmiotami), podnoszenie głosu, stosowanie obraźliwych lub wulgarnych zwrotów, zachowania przekraczające granicę sfery intymnej, stosowanie przemocy słownej (wyśmiewanie, ironizowanie, przedrzeźnianie itp.).

7. Uczestnik powinien zapewnić, aby osoby przebywające w miejscu świadczenia usługi, w szczególności członkowie rodziny lub inni domownicy:

- 1) utrzymywali czystość wspólnie użytkowanych sprzętów, pomieszczeń oraz urządzeń np. kuchni, łazienki, naczyń stołowych itp.;
- 2) umożliwili Asystentowi wykonywanie pracy zgodnie z zakresem czynności;

- 3) traktowali Asystenta z należyty szacunkiem i z zachowaniem form grzecznościowych;
- 4) podczas wykonywania pracy przez Asystenta powstrzymali się od palenia tytoniu i spożywania alkoholu w pomieszczeniach, w których świadczona jest usługa.

**Załączniki do Regulaminu:**

1. Karta zgłoszenia do Programu – zał. 1
2. Klauzula informacyjna RODO – zał. 2a i 2b
3. Karta realizacji usług – zał. 3
4. Ewidencja biletów – zał. 4
5. Karta zakresu czynności – zał. 5



## 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) ślanie łóżka i zmiana pościeli ☐

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 ☐;
- 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) ☐;
- 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 .....



.....  
.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc ..... 2024 r.

| Lp. | Imię i nazwisko<br>asystenta | Data<br>pobrania/zakupu<br>biletów | Liczba<br>pobranych/zakupionych<br>biletów | Data wyjazdu z osobą z<br>niepełnosprawnością | Cel wyjazdu | Podpis asystenta | Uwagi |
|-----|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|------------------|-------|
| 1   | 2                            | 3                                  | 4                                          | 5                                             | 6           | 7                | 8     |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |
|     |                              |                                    |                                            |                                               |             |                  |       |

.....  
Data i podpis asystenta



**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: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ..... do .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin<br>zrealizowanych | Godziny realizacji<br>usługi (od – do) | Rodzaj i miejsce realizacji usługi* | Czytelny podpis<br>asystenta | Czytelny podpis uczestnika/<br>opiekuna prawnego |
|-----|-------------|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 2.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 3.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 4.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 5.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 6.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 7.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 8.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 9.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 10. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 11. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 12. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 13. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 14. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |
| 15. |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu ..... 2024 r. wyniosła ..... godzin.

.....  
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.