



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

Podstawa prawna:

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

§1

Postanowienia ogólne

1.Podstawą realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanej dalej usługą asystenta, jest Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, zwany dalej „Programem”.

2. Program zapewnia realizację usługi asystenta mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym.

W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy w:

- a) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);
- b) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
- c) załatwianiu spraw urzędowych;
- d) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
- e) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
- f) wykonywaniu czynności dnia codziennego.

3. Program jest skierowany do mieszkańców Gminy Miasto Inowrocław.

4. Jednostką realizującą Program jest Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „ Flandria, zwaną dalej Zleceniobiorcą.



§2

Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” –edycja 2021

1. W 2021r. usługami asystenta w Programie zostaną objęte 54 osoby niepełnosprawne, w tym: 42 osoby posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz 12 osób z orzeczeniem o stopniu umiarkowanym wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenia równoważne do wyżej wymienionego. Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznaných Gminie Miasto Inowrocław w Programie w 2021 r.
2. Rekrutację osób niepełnosprawnych do Programu przeprowadza Zleceniobiorca w uzgodnieniu z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Inowrocławiu.
3. Przyznanie usługi asystenta następuje na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.
4. Osoby niepełnosprawne lub opiekunowie prawni zgłaszający chęć udziału w Programie wraz z „Kartą zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021” są zobowiązani do złożenia oświadczeń według wzorów stanowiących załączniki numer 2 i 3 do regulaminu.
5. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Stowarzyszeniu Wzajemnej Pomocy „Flandria” w Inowrocławiu, ul. Andrzeja 15, w godzinach urzędowania (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 16:00)
6. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń.
7. Po wyczerpaniu limitu dostępnych miejsc w Programie osoby zgłaszające chęć udziału zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby objętej usługami asystenta, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

§3

Zasady uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

1. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.



3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje uczestnika Programu lub opiekuna prawnego
4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie.
5. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu, w godz. 7.00 – 22.00, w uzasadnionych przypadkach godziny wykonywania usług mogą zostać zmienione. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
6. Usługa asystenta będzie rozliczana zgodnie ze sporządzoną miesięczną Kartą realizacji usług asystenta, stanowiącym załącznik numer 4 do regulaminu.

§4

Postanowienia końcowe

1. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
2. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
3. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
4. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w uzgodnieniu z koordynatorem Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy „Flandria”



*Załącznik nr 1 do Regulaminu
realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby
Niepełnosprawnej” – edycja 2021
w Gminie Miasto Inowrocław*

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021*

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

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

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

.....

Telefon:E-mail:.....

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze 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.



Załącznik nr 2 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021
w Gminie Miasto Inowrocław

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

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



*Załącznik nr 3 do Regulaminu
realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby
Niepełnosprawnej” – edycja 2021
w Gminie Miasto Inowrocław*

Deklaracja uczestnictwa

Ja, niżej podpisana/y

.....
deklaruję swój udział w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021,
oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021 jest bezpłatny.
4. W godzinach realizacji usług przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej nie są 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 (Dz. U z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec mnie formach wsparcia,
- 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
- 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021,
- 5) zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021

Pouczenie

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.

.....
podpis



Załącznik nr 4 do *Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021*

Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

Karta realizacji usług asystenta Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie oddo

.....

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*	Czytelny podpis asystenta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				



Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu2021 r.
wyniosła..... godzin.

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;



*Załącznik nr 5 do Regulaminu
realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby
Niepełnosprawnej” – edycja 2021
w Gminie Miasto Inowrocław*

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Pani/Pan, który będzie świadczył usługi w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021, nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....
(podpis Uczestnika Programu)