



Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 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 2023, 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) wykonywaniu przez uczestnika czynności dnia codziennego,
- b) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca,
- c) załatwianiu przez uczestnika spraw urzędowych,
- d) korzystaniu przez uczestnika z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa),
- e) zaprowadzaniu i odbieraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej,

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 2023

1. W 2023r. usługami asystenta w Programie zostaną objęte osoby niepełnosprawne, w tym: : maksymalnie 25 osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia (w tym 15 osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i 10 osób z trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją), maks. 12 osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz 7 dzieci do 16r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności 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.
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 2023”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu, „ Karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej- edycja 2023”, 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 są zobowiązani do złożenia oświadczeń według wzorów stanowiących załączniki numer 4 i 6 do regulaminu. Prawni opiekunowie winni przedłożyć dokument potwierdzający przyznaną prawnie opiekę.
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 15:00)
6. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń (w ramach limitów przewidzianych w kryteriach w pkt. 1).
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 2023

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. Asystent może nie musi zgodzić się na wybór jego osoby.

3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje uczestnika Programu lub opiekuna prawnego. Uczestnik Programu nie ma prawa oczekiwać więcej niż zakres czynności podany w „Karcie zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej- edycja 2023”.

4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu:

Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu (**osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną**) wynosi nie więcej niż 840 godzin rocznie.

Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu (**osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie i znacznym stopniu niepełnosprawności**) wynosi nie więcej niż 720 godzin rocznie.

Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu (**osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**) wynosi nie więcej niż 360 godzin rocznie.

Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu (**dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności**) wynosi nie więcej niż 360 godzin rocznie.

5. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 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.

6. Usługa asystenta będzie rozliczana zgodnie ze sporządzoną miesięczną Kartą realizacji usług asystenta, stanowiącym załącznik numer 5 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
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
w Gminie Miasto Inowrocław

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Adres:.....
3. Telefon kontaktowy:.....
4. Data urodzenia:.....
5. Wykształcenie:.....
6. Zawód wyuczony:.....
7. Status na rynku pracy:.....
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:.....
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) ,

2) dysfunkcja narządu wzroku ,

3) zaburzenia psychiczne ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych



**Poza miejscem
zamieszkania**

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów
ortopedycznych itp.

3) nie porusza się
samodzielnie ani z
pomocą sprzętów
ortopedycznych

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak** /**Nie**

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?
.....
.....

14. Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? – **Tak** /**Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe **Tak** /**Nie**

2) wypełnianie ról społecznych **Tak** /**Nie**

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak** /**Nie**

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak** /**Nie**

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

2. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?
.....
.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:
.....
.....

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

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



.....

.....

.....

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

1.w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

- a. pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ;
- b. dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ;
- c. myciu okien ;
- d. w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
- e. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ;
- f. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ;
- g. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ;

2.wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

- a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ;
- b) czesaniu ;
- c) goleniu ;
- d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ;
- e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ;
- f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ;
- g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ;



h) staniu łóżka i zmianie pościeli

3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- h. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
- i. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
- j. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
- k. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
- l. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu

4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- m. wyjście na spacer
- n. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- o. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
- p. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- q. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
- r. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru
- s. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak /Nie**

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak /Nie**



2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu



niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



Załącznik nr 2 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
w Gminie Miasto Inowrocław

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

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. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
 - b) czesaniu
 - c) goleniu
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
 - h) sianiu łóżka i zmianie pościeli
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego,



- niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie
- c) myciu okien
- d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
- g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
3. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu
- f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta
4. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.



- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ;
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ;
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ;
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

Miejscowość, dnia



Załącznik nr 3 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
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 4 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
w Gminie Miasto Inowrocław

Deklaracja uczestnictwa

Ja, niżej podpisana/y

.....
deklaruję swój udział w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023,
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 2023
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023 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 2023,
- 5) zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023

Pouczenie

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

.....
podpis



Załącznik nr 5 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
w Gminie Miasto Inowrocław

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

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 zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ 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 2023 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 wyniósł zł – 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.**

.....
Data i podpis asystenta



Załącznik nr 6 do Regulaminu
rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023
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 2023, nie jest członkiem
mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....
(podpis Uczestnika Programu)