

REGULAMIN REKRUTACJI I REALIZACJI
PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022
W GMINIE NOWY ŻMIGRÓD



Nowy Żmigród, 2022 r.

§1

Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla:
 - 1) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem 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, oraz
 - 2) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
 - a) o stopniu znacznym lub
 - b) o stopniu umiarkowanym lub
 - c) 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 2021 r. poz. 573).
2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”, mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy:
 - 1) w wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
 - 2) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - 3) załatwianiu spraw urzędowych;
 - 4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - 5) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
3. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
4. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej zawiera *załącznik nr 2 do Regulaminu*.
5. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Nowy Żmigród i będzie realizowany do 31.12.2022 r.
6. Jednostką realizującą Program jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie, zwany dalej Ośrodkiem.

§2

Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

1. Usługami asystenta planowane jest objęcie **15 osób**, w tym:

a) **5** dzieci w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem 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;

b) **10** osób dorosłych, w tym **9** osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (lub równoważnym), oraz **1** osoba z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym (lub równoważnym).

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Nowy Żmigród w Programie.

2. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2022”, stanowiącej załącznik nr 1 do *Regulaminu* oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności/ lub równoważnym. Złożenie karty zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.
3. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie, przy ul. Mickiewicza 2, 38-230 Nowy Żmigród, w godzinach urzędowania. Nabór będzie otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników, w terminie do **14.03.2022 r.**, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń, przy uwzględnieniu limitu osób z poszczególnych grup, o którym mowa w pkt 1 pkt a) i b) oraz spełnieniu wszystkich kryteriów dostępu do Programu przez kandydatów.
4. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać Kierownik Ośrodka. Listy osób zakwalifikowanych do Programu zatwierdzi Kierownik. Osoby zgłoszone do Programu po zajęciu wszystkich dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu, będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
5. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane przez pracowników socjalnych Ośrodka.

§3

Zasady uczestnictwa

w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

1. Osoby 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. Osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, mogą świadczyć usługę pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej.
3. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

4. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji:

a) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,

b) opiekuna prawnego oraz preferencji dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.

4. Limit godzin usług asystenta wynikający z Programu przypadający na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;

3) 360 godzin rocznie dla:

a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b) 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.

5. Zastrzega się, że średnia ilość godzin przypadająca na uczestnika Programu, określona we wniosku na środki finansowe gminy Nowy Żmigród wynosi **200 godzin rocznie** na osobę.

6. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, z zastrzeżeniem stosowania w tym zakresie przepisów i norm, o których mowa w Kodeksie pracy. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.

7. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej *załącznik nr 3 do Regulaminu*.

8. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, **a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.**

9. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9, finansowane z innych źródeł.

§4

Postanowienia końcowe

1. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa w Ośrodku oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Nowy Żmigród.

2. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu oraz zapisów Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022. Regulamin oraz Program udostępnione są na stronie internetowej Ośrodka: www.gopsnowyzmigrod.pl oraz w siedzibie Ośrodka.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem, zastosowanie mają zapisy Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
4. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka.

Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie
Aleksandra Mrugał

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022***

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 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 ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| W domu <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |
| Poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> | 1) samodzielnie <input type="checkbox"/> | 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. <input type="checkbox"/> | 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/> |

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

II. ŚRODOWISKO:

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

- 1) czynności samoobsługowe **Tak** /**Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak** /**Nie**
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak** /**Nie**
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak** /**Nie**
- 5) 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, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

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

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

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

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

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

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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 2022 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.**

**Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

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 powstaniu odleżyn lub odparzeń
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
 - h) staniu łóżka i zmianie pościeli

- 2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

- b) dokonywaniu bieżących zakupów (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) 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 żłobka, przedszkola, 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☐;
- 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 ;
- 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 2021 w Gminie
Nowy Żmigród*

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Karta realizacji usług asystenta nr

.....

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od do

.....

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

12.					
13.					
14.					
15.					

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2022 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych 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 – koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 zł miesięcznie**

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie***

.....
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.

**Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

***Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.