

Regulamin korzystania z usług asystenckich w ramach projektu „Nasz asystent, Twoja niezależność 11”.

§1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin (dalej jako: „Regulamin”) określa zasady realizacji usług asystencji osobistej w ramach Projektu „Nasz Asystent, Twoja Niezależność 11” realizowanego przez Fundację SOWELO, finansowanego ze środków budżetowych Miasta Poznania oraz ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Celem programu jest zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
2. Celem Projektu jest jego realizacja zgodnie z wymogami Regulaminu, wytycznych obszarowych, Konwencją Praw Osób z Niepełnosprawnościami oraz Kartą Praw Podstawowych.
3. Usługi na podstawie Regulaminu realizowane są z poszanowaniem równości płci, z uwzględnieniem szczególnych potrzeb Uczestników.
4. Usługi realizowane na podstawie Regulaminu świadczone są w całości bezpłatnie dla Uczestników.
5. Uczestnikami Projektu mogą być wyłącznie osoby zakwalifikowane do uczestnictwa zgodnie z §3 Regulaminu.
6. W ramach realizacji Usługi Fundacja SOWELO nie świadczy usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.), a także innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w §6 Regulaminu, finansowanych ze środków publicznych.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



7. Warunkiem wzięcia udziału w Usłudze w ramach Projektu jest zapoznanie się i akceptacja niniejszego Regulaminu. Akceptacja Regulaminu następuje poprzez złożenie podpisu przez Uczestnika Usługi lub jego prawnego opiekuna.

8. Realizacja świadczenia Usług na podstawie Regulaminu prowadzona jest w okresie od 7 marca 2025 roku do dnia 31 grudnia 2025 roku.

§2

Definicje

Ilekcroć w Regulaminie użyte zostaną poniższe terminy, wszelkim wyrażeniom pisany niezależnie czy z małej czy z wielkiej litery, liczbie pojedynczej lub mnogiej, nadaje się następujące znaczenie:

AO OzN/ Asystent – osoba niebędąca członkiem rodziny Uczestnika/czki, opiekunem prawnym Uczestnika/czki lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z Uczestnikiem/czką:

a. posiadająca 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

b. posiadająca co najmniej sześciomiesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu. Potwierdzenie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu (osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, osoba fizyczna), który zlecał udzielenie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami lub

c. wskazana przez Uczestnika/czkę lub jego/jej opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Projektu stanowiącej Załącznik nr 1 do Regulaminu.

Biuro Fundacji - biuro Fundacji z siedzibą: ul. Grunwaldzka 19 lok. 3.15, 60 – 782 Poznań.

Członek Rodziny – wstępny i zstępny, małżonek, rodzeństwo, teść, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem/czką.



Fundacja - Fundacja SOWELO z siedzibą w Pile, ul. Różana Droga 1A, 64 – 920 Piła, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, Wydział IX Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000750038, posiadająca NIP: 7642694120 oraz REGON: 381361412, adres e-mail do kontaktu: biuro@sowelo.net.pl; telefon do kontaktu: +48 690 524 015 oraz działający w jej imieniu uprawnieni w ramach Projektu przedstawiciele.

Kandydat/ka - osoba ubiegająca się o udział w Projekcie na zasadach Regulaminu.

Niepełnosprawność sprzężona – ograniczenie sprawności udokumentowane orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub równoważnym, zawierającym wskazanie co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności, na zasadach określonych w §3 Regulaminu.

Projekt – projekt pod nazwą „Nasz Asystent, Twoja niezależność 11”, realizowany przez Fundację w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowanego ze środków budżetowych Miasta Poznania oraz ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Regulamin - niniejszy dokument, dostępny w wersji elektronicznej pod adresem: www.sowelo.net.pl w zakładce „Projekty”, z możliwością trwałego zapisu oraz w Biurze Fundacji.

Uczestnik/czka - Kandydat/ka, który/a zostanie zakwalifikowany/a do udziału w Usłudze, zgodnie z Regulaminem.

Usługa - usługa asystencji osobistej dla osoby z niepełnosprawnością, świadczona w ramach Projektu, zgodnie z zasadami Regulaminu.

§3

Rekrutacja

1. Kandydatami/tkami do udziału w Projekcie mogą być osoby z niepełnosprawnościami zamieszkałe na terenie Miasta Poznania i uiszczające podatek dochodowy na rzecz Miasta Poznania oraz dzieci, których rodzice lub opiekunowie prawni płacą podatek dochodowy na rzecz Miasta Poznania.

2. Poprzez osoby z niepełnosprawnościami należy rozumieć:



a. dzieci od ukończenia 2. do ukończenia 16. roku życia posiadające 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; oraz

b. osoby dorosłe z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie: I. o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo II. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo III. traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w ppkt i. oraz ii powyżej, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024.44 t.j. z dnia 2024.01.12 ze zm.).

3. Zgłoszenia Kandydatów/tek do udziału w Projekcie przyjmowane są za pośrednictwem Biura Poznań Kontakt.

4. Fundacja prowadzi rekrutację zgodnie z zasadą kolejności zgłoszeń, w szczególności dla Kandydatów/tek:

a. samotnie gospodarujących, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;

b. osób z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.

6. W ramach rekrutacji do uczestnictwa w Projekcie przyjętych zostanie:

a. **30 osób** z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

b. **55 osób** z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym (bez niepełnosprawności sprzężonej);

c. **12 osób** z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

c. **39 osób** z niepełnosprawnościami w stopniu umiarkowanym (bez niepełnosprawności sprzężonej);

d. **10 dzieci** w wieku od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia.



5. Kandydaci/cki, które nie zostały zakwalifikowane do Projektu, zostają wpisane na listę rezerwową. Osoby z listy rezerwowej będą włączone do uczestnictwa w Projekcie w przypadku rezygnacji lub niespełnienia warunków przez osoby wcześniej zakwalifikowane.
6. W celu przystąpienia do Projektu, Kandydaci lub ich opiekunowie prawni zakwalifikowani do wzięcia udziału w Projekcie zobowiązani są do:
 - a. wypełnienia Karty zgłoszenia do Projektu – Załącznik nr 1 do Regulaminu;
 - b. uczestnictwa w przeprowadzeniu diagnozy potrzeb na podstawie Karty zakresu czynności (przeprowadzanej przez przedstawiciela Fundacji) oraz jej zatwierdzenia – Załącznik nr 2 do Regulaminu;
 - c. zaakceptowania wzoru Karty realizacji usług asystenckich – Załącznik nr 3 do Regulaminu;
 - d. zaakceptowania Klauzul informacyjnych RODO – Załącznik nr 4 do Regulaminu; e. dostarczenia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoznacznego.
7. W przypadku, gdy Usługi będą świadczone na rzecz Kandydata/tek poniżej 16. roku życia, wymagany jest dodatkowe przedstawienie przez Asystenta:
 - a. zaświadczenia o niekaralności;
 - b. informacji o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
 - c. pisemnej akceptacji Asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
8. Dokumentacja rekrutacyjna Uczestnika/czki musi zostać dostarczona do Biura Fundacji jako warunek rozpoczęcia świadczenia Usług.
9. Fundacja informuje Kandydata/tkę o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Projektu. Informacja, o której mowa przekazywana jest pocztą elektroniczną, w formie krótkich wiadomości tekstowych (SMS) lub tradycyjną na adres wskazany przez Kandydata/tkę w dokumentacji zgłoszeniowej.
10. Decyzja o odmowie przyjęcia Kandydata/cki do Projektu zawiera uzasadnienie.



§4

Zasady realizacji usług

1. Uczestnikowi/czce przysługuje prawo do skorzystania z Usługi w ramach uczestnictwa w Projekcie w danym roku kalendarzowym, finansowanym z Funduszu Solidarnościowego w wymiarze maksymalnym:

a. **840 godzin** – w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub równoznacznego;

b. **720 godzin** – w przypadku posiadania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoznacznego;

c. **480 godzin** – w przypadku posiadania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub równoznacznego;

d. **360 godzin** – w przypadku posiadania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub równoznacznego oraz

e. **360 godzin** – w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 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.

2. Zmiana stopnia niepełnosprawności Uczestnika/czki lub korzystanie przez Uczestnika/czki w trakcie Projektu z innych usług finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego skutkuje zmianą przysługującego Uczestnikowi/czce limitu godzin Usług w ramach Projektu. Nowy limit godzin Usług ustalany jest od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.

3. W przypadku możliwości przyznania większej puli godzin Usług asystenckich Uczestnikom, Fundacja może podjąć decyzje o przyznaniu Uczestnikowi/czce do wykorzystania dodatkowych godzin Usługi do puli godzin, o których mowa w ust. 1 powyżej. W tym celu Uczestnik/czka składa wniosek w sprawie zapotrzebowania na dodatkowe godziny Usługi asystenckiej. Podejmując decyzję o Uczestnikach, którym przyznane zostaną dodatkowe godziny Usługi Fundacja bierze pod uwagę aktualną sytuację życiową Uczestnika/czki oraz kolejność wniosków. Złożenie wniosku nie



jest równoznaczne z przyznaniem dodatkowych godzin Usług. O możliwości składania wniosków Fundacja informuje Uczestników z wyprzedzeniem.

4. Usługi w ramach Projektu świadczone są na rzecz Uczestnika/czki przez Asystenta wybranego przez Uczestnika/czkę lub wskazanego przez Fundację. Pierwszeństwo przyznaje się Asystentowi wskazanemu przez Uczestnika/czkę lub jego/jej opiekuna prawnego.

5. Usługi Asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego Asystenta, z zastrzeżeniem następujących wytycznych:

a. w trakcie jednej doby, rozumianej jako 24 godziny w godzinach 00:00 do godziny 00:00 dnia następnego, ten sam AOOzN może świadczyć Usługi łącznie do limitu 12 godzin na dobę;

b. pomiędzy zakończeniem świadczenia Usług asystenckich dnia poprzedniego a rozpoczęciem świadczenia Usług w kolejnym dniu wymagana jest nieprzerwana przerwa w świadczeniu Usług w wymiarze 12 godzin.

6. Do czasu realizacji Usługi nie wlicza się czasu dojazdu do i od Uczestnika/czki.

7. Do czasu realizacji Usługi wlicza się okres oczekiwania/gotowości na świadczenie Usługi 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 łącznie o 90 minut trwania.

8. Fundacja dokonuje zwrotu kosztu jednorazowych biletów komunikacji publicznej lub prywatnej dla Asystenta towarzyszącego Uczestnikowi/czce oraz kosztu przejazdów Asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią (z wyłączeniem środków transportu należącego do członków rodziny Uczestnika/czki) lub innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które służą realizacji Usług (jednoczesny przejazd Asystenta i Uczestnika/czki). Zwrot kosztów, o których mowa jest realizowany dla maksymalnie 39 asystentów zaangażowanych w realizację projektu. Zwrot, o którym mowa dokonywany jest na wniosek Asystenta. Decyzję w sprawie dokonania zwrotu w określonej wysokości lub niedokonania zwrotu podejmuje każdorazowo koordynator projektu. Od decyzji, o której mowa powyżej osobie zainteresowanej nie przysługuje odwołanie.



9. Asystent zobowiązany jest do poprawnego i dokładnego wypełniania dokumentów zgłoszeniowych i rozliczeniowych. Uczestnik/czka zobowiązuje się do sporządzania i zatwierdzania dokumentacji zgłoszeniowej i rozliczeniowej zgodnie z rzeczywistym stanem faktycznym. Fundacja nie jest zobowiązana do poprawiania ww. dokumentów. Terminowe przekazywanie poprawnie i dokładnie wypełnionych dokumentów jest warunkiem wypłaty Asystentowi wynagrodzenia za wykonaną pracę i realizacji Usługi.

10. Fundacja gwarantuje Uczestnikowi współpracę z wybranym przez niego Asystentem przez cały okres uczestnictwa w Projekcie, z wyjątkiem sytuacji losowych.

11. W trakcie korzystania z Usług, Uczestnik podejmuje współpracę wyłącznie z jednym Asystentem z wyjątkiem sytuacji określonej w ust. 12 poniżej. W trakcie korzystania z Usług Fundacja nie umożliwia podejmowania współpracy z dwoma lub więcej Asystentami w sposób wymienny lub równoległy.

12. W przypadku rezygnacji Uczestnika/czki ze współpracy z wybranym Asystentem, Fundacja przedstawia nową propozycję współpracy z wyłącznie jednym, kolejnym Asystentem. Brak decyzji o podjęciu współpracy z nowym proponowanym Asystentem wymaga przedstawienia przez Uczestnika nowej propozycji Asystenta we własnym zakresie. Postanowienie ust. 11 powyżej stosuje się odpowiednio.

13. Rozpoczęcie realizacji Usług asystencji osobistej możliwe jest wyłącznie po podpisaniu przez Uczestnika/czkę pisemnego porozumienia z wybranym Asystentem i upoważnionym przedstawicielem Fundacji. Ww. porozumienie określa w szczególności: indywidualny zakres czynnościowy Usługi, minimalny zakres godzinowy Usług oraz zasady współpracy z Asystentem. W przypadku uczestnictwa w Projekcie dziecka od ukończenia 2. roku życia do 16. roku życia lub osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych, ww. porozumienie podpisuje rodzic lub opiekun prawny.

14. Porozumienie, o którym mowa w ust. 13 powyżej może być przez Uczestnika/czkę Usługi w ramach Projektu zawarte pisemnie, ustnie lub z wykorzystaniem metod komunikacji alternatywnej bądź języka migowego.



15. Realizator projektu zastrzega prawo nie rozpoczęcia realizacji usług asystencji osobistej na rzecz osoby, która trzykrotnie nie odbierze telefonu od dyspozytora usług asystencji osobistej ustalającego szczegóły realizacji usług ani też niezwłocznie nie oddzwoni oraz nie odpisze na sms do dyspozytora w ciągu 7 dni roboczych od ostatniego kontaktu. Zapis stosuje się odpowiednio do opiekunów prawnych i faktycznych osób niepełnosprawnych.

§5

Współpraca z asystentem

1. W jednym czasie i miejscu z Usługi świadczonej przez jednego AOOzN może korzystać jeden Uczestnik/czka Projektu.
2. Uczestnicy oraz Asystenci są zobowiązani do postępowania zgodnie z zarządzeniami i zaleceniami władz publicznych dotyczących bezpieczeństwa sanitarnego.
3. Obecność Uczestnika/czki Projektu w miejscu wykonywania na jego rzecz Usług oraz aktywny, na miarę możliwości, udział w wykonywaniu realizowanych czynności jest warunkiem korzystania z Usług AOOzN.
4. Usługi asystenckie będą świadczone w miejscu zamieszkania Uczestnika/czki i/lub w innych miejscach wskazanych przez Uczestników Projektu. Usługi asystenckie nie będą świadczone poza granicami administracyjnymi Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Usługa na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej Usługi.
6. W zależności od indywidualnych potrzeb Uczestnika Usługa może być realizowana w trybie stacjonarnym lub zdalnym. O formie realizacji Usługi decyduje Uczestnik. W przypadku zmiany formy świadczenia Usługi obowiązuje ust. 13 poniżej.
7. Zadaniem Asystenta nie jest podejmowanie decyzji za Uczestnika/czkę, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
8. Asystent realizuje Usługi wyłącznie na rzecz Uczestnika/czki, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie osób trzecich, w tym członków rodziny.



9. Asystent odmawia wykonania Usługi na rzecz Uczestnika/czki znajdującego się pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.

10. Asystent w ramach realizacji Usługi nie sponsoruje Uczestnika/czki Projektu ani nie pożycza mu pieniędzy.

11. Uczestnik/czka Projektu zobowiązany jest do udzielania Fundacji informacji/oświadczenia, czy wraz z Asystentem uczestniczył w wydarzeniu np. kulturalnym, sportowym lub innym, na każde wezwanie Fundacji.

12. Uczestnik/czka i AOOzN są zobowiązani dążyć do polubownego rozwiązywania wzajemnych nieporozumień i sporów. Jeśli nie są oni w stanie osiągnąć porozumienia we własnym zakresie, przed podjęciem decyzji o zakończeniu współpracy, powinni zwrócić się do Fundacji o wsparcie w rozwiązaniu sporu.

13. W przypadku swojej rezygnacji z zaplanowanej Usługi, Uczestnik/czka powinien powiadomić telefonicznie o tej rezygnacji Asystenta nie później niż na 24 godziny przed terminem realizacji zaplanowanej wcześniej Usługi. W przeciwnym razie Usługa zostanie uznana za wykonaną. Zaplanowany czas jej wykonania zostanie odjęty z puli godzin Usług przysługujących do wykorzystania Uczestnikowi w ramach Projektu. Uczestnik/czka potwierdza w ramach Karty realizacji Usług (wzór – Załącznik nr 3 do Regulaminu). Brak potwierdzenia, o którym mowa w zdaniu powyżej może skutkować wykluczeniem Uczestnika/czki z Projektu.

§6

Zakres czynnościowy usług asystenckich

Asystent może świadczyć na rzecz Uczestnika/czki Projektu wsparcie w zakresie:

1. W czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- a. korzystanie z toalety;
- b. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli;
- c. czesaniu;
- d. goleniu;
- e. wykonywaniu nieskomplikowanych elementów makijażu;
- f. obcinaniu paznokci rąk i nóg;



-
- g. zmianie pozycji np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek/krzesło/fotel, ułożeniu się w łóżku;
 - h. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń;
 - i. zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych;
 - j. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę);
 - k. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
2. W prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania - sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszenia śmieci;
 - b. dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie 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. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania - myciu okien (max. 2 razy do roku);
 - 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. W przemieszczeniu 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 lub 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 niepełnosprawnych oraz taksówkami;
 - f. transport uczestnika samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta;
4. W podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a. obsłudze komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji;
 - b. wyjście na spacer;
 - c. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
 - d. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy, asyście podczas rozmowy kwalifikacyjnej);
 - e. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
 - f. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
 - g. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni;
 - h. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej);
 - i. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.
5. Indywidualny szczegółowy zakres czynności świadczonych w ramach uczestnictwa w Usłudze ustalony zostanie każdorazowo na podstawie diagnozy potrzeb przeprowadzonej dla każdego Uczestnika/czki. Zakres godzinowy realizacji czynności w ramach Usługi zależy od indywidualnej sytuacji Uczestnika/czki.

§7

Rezygnacja z udziału w Projekcie

1. Rezygnacja Uczestnika z udziału w Projekcie możliwa jest w wyłącznie uzasadnionych przypadkach (stan zdrowia, sytuacja losowa). Rezygnacja Uczestnika z udziału w Projekcie bez



podania przyczyny jest możliwa w terminie do 7 dni roboczych od otrzymania informacji o zakwalifikowaniu się do Projektu.

2. Uzasadnione przypadki mogą wynikać z przyczyn natury zdrowotnej lub działania siły wyższej, które nie mogły być znane Uczestnikowi w momencie przystąpienia do Projektu.

3. Rezygnacja z udziału w Projekcie następuje poprzez złożenie wniosku przez Uczestnika w formie pisemnej lub mailowej na adres koordynatora Usług Projektu.

4. Fundacja zastrzega sobie prawo nie rozpoczęcia lub wstrzymania/zakończenia (skreślenie z listy Uczestników/czek) realizacji Usług asystenckich na rzecz osoby, która nie przestrzega zasad realizacji Projektu, Regulaminu lub zasad współżycia społecznego w stosunku do pracowników i osób działających w imieniu Fundacji, w tym Asystentów. Zapis stosuje się odpowiednio do opiekunów prawnych i faktycznych Uczestników/czek. Decyzja o wykluczeniu Uczestnika/czki z Projektu jest ostateczna.

§8

Ochrona danych osobowych

Zasady przetwarzania danych osobowych Uczestników Projektu określa Załącznik nr 4 do Regulaminu.

§9

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zapytania, wnioski oraz oświadczenia związane z realizacją Projektu należy kierować na adres poczty elektronicznej Koordynatorki: polina.vasylchuk@sowelo.net.pl.

2. Uczestnik w trakcie realizacji Projektu zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Fundacji o wszelkich zmianach danych przekazanych Fundacji, w terminie do 7 dni od nastąpienia zmiany.

3. Fundacji przysługuje prawo do monitorowania prawidłowości świadczenia Usług oraz dokonywania doraźnych kontroli świadczenia Usług. Czynności w zakresie kontroli i monitorowania, dokonywane i dokumentowane są bezpośrednio w miejscu realizacji Usług w formie pisemnej.



4. Fundacja zastrzega sobie prawo do wniesienia zmian do Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych jego postanowień.
5. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian w Regulaminie, Fundacja zamieszcza na stronie internetowej www.sowelo.net.pl, zakładka „Projekty” aktualną treść Regulaminu wraz z terminem, od którego stosuje się zmianę.
6. W sprawach nieuregulowanych Regulaminem wiążące decyzje podejmuje Fundacja, od której decyzji nie przysługuje odwołanie.
7. Ostateczna interpretacja Regulaminu należy do Fundacji.
8. Regulamin obowiązuje przez cały okres trwania realizacji Projektu.

Załączniki

1. *Karta zgłoszenia do projektu*
2. *Karta zakresu czynności*
3. *Karta realizacji usług*
4. *Informacje o przetwarzaniu danych osobowych*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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/stożek niepełnosprawności:

.....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta 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:

.....



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów

3) nie porusza się

ortopedycznych itp.

samodzielnie ani z

pomocą sprzętów

ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów

3) nie porusza się

ortopedycznych itp.

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 jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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



III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[1]:

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 oraz numer telefonu:

.....
.....

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) ubieranie **Tak** / **Nie**
 - b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie**
 - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie**
 - d) czesanie **Tak** / **Nie**
 - e) golenie **Tak** / **Nie**
 - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie**



- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** ;
- h) 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** ;
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie** ;
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie** ;
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie** ;
- l) ślanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie** .
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie** .
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** .
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** .
 - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** .
 - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** .
 - j) 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/były 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 2025.
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 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.

5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

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 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

[1] Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne.



Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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

- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - 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 (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - 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) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy .
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się .
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze .
 - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. .
 - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością .
 - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji .

Miejscowość, dnia



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025**

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.						



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2025 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, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....
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 2025.



Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy 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@mrpips.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 do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: 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 2025: 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 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją..

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych



Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

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 2025, 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, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

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 2025.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z otrzymaniem Państwa danych osobowych jako osób mogących skorzystać z pomocy asystenta ON, niniejszym działając na podstawie art. 13 i 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) – dalej jako „**RODO**”, informujemy, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Fundacja Sowelo z siedzibą w Pile, z adresem: ul. Różana Droga 1a, 64-920 Piła, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000750038, dla której dokumentację rejestrową prowadzi Sąd Rejonowy – Poznań Nowe Miasto - Wilda w Poznaniu, w Wydział IX Gospodarczym KRS, posiadająca numer NIP 7642694120, REGON 381361412 (dalej jako „**Administrator**”),
- 2) w sprawach związanych z ochroną i przetwarzaniem Państwa danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: biuro@sowelo.net.pl.
- 3) dane osobowe będą przetwarzane na następujących podstawach prawnych i w następujących celach
 - a. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO (wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym) oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO (ochrona socjalna) – w celu umożliwienia korzystania z pomocy świadczonej w ramach projektu „Nasz Asystent Twoja Niezależność 11” (dalej jako „**Projekt**”),
 - b. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (obowiązek prawny) – w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym wykonywania praw z RODO,
 - c. na podstawie art. 6 ust 1 lit. f) RODO (uzasadniony interes Administratora) – w celu odpowiadania przez Administratora na zapytania, wezwania bądź wnioski uczestników bądź zgłoszenia naruszeń praw lub dóbr, ustalania, obrony lub dochodzenia roszczeń, a także w celach sprawozdawczych.
- 4) podane dane będą przechowywane przez następujący czas:
 - a. dane związane z korzystaniem z pomocy w ramach Projektu – przez czas korzystania z pomocy,
 - b. dane zbierane celem wykonania ciężących na Administratorze innych obowiązków prawnych – przez czas wymagany przez obowiązujące przepisy prawa lub do czasu wykonania tych obowiązków, nie dłużej niż przez czas w jakim Administrator może ponieść konsekwencje prawne niewykonania obowiązku,
 - c. dane zbierane w celach sprawozdawczych – przez okres przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Administrator realizował zadanie publiczne w ramach Projektu,
 - d. dane zbierane w celu ustalenia, obrony i dochodzenia roszczeń - przez okres wskazany w przepisach prawa dla przedawnienia się poszczególnego rodzaju roszczeń,
 - e. dane związane z odpowiadaniem na zapytania, wnioski – do czasu przesłania odpowiedzi,chyba, że przepisy prawa obowiązującego zobowiązują Administratora do dłuższego przechowywania danych.
- 5) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z pomocy w ramach Projektu;
- 6) Administrator będzie przetwarzał następujące kategorie Państwa danych osobowych:



dane identyfikacyjne, teled adresowe, o stanie zdrowia i stopniu niepełnosprawności, o usługach opieki wycieczkowej, w zakresie przetwarzanym w ramach realizacji Programu.

7) posiadają Państwo prawo do:

- a. dostępu do treści swoich danych, w tym żądania kopii danych,
- b. sprostowania nieprawidłowych danych oraz żądania uzupełnienia niekompletnych danych,
- c. usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”), jeśli zachodzi jedna z następujących okoliczności:
 - i. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane;
 - ii. osoba, której dane dotyczą, cofnęła zgodę, na której opiera się przetwarzanie i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania;
 - iii. osoba, której dane dotyczą, wnosi sprzeciw na mocy art. 21 ust. 1 (w związku z przetwarzaniem danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora) i nie występują nadrzędne prawnie uzasadnione podstawy przetwarzania lub osoba, której dane dotyczą, wnosi sprzeciw na mocy art. 21 ust. 2 wobec przetwarzania (w związku z przetwarzaniem danych na potrzeby marketingu bezpośredniego);
 - iv. dane osobowe były przetwarzane niezgodnie z prawem;
 - v. dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku prawnego przewidzianego w prawie Unii lub prawie państwa członkowskiego, któremu podlega Administrator;
 - vi. dane osobowe zostały zebrane w związku z oferowaniem bezpośrednio dzieciom usług społeczeństwa informacyjnego.
- d. ograniczenia przetwarzania, w następujących przypadkach:
 - i. osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych;
 - ii. przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
 - iii. Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 - iv. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw na mocy art. 21 ust. 1 (w związku z przetwarzaniem danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora) wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.
- e. przenoszenia danych, jeżeli:
 - i. przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej zgody lub na podstawie umowy, oraz
 - ii. przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany.
- f. gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania;



- 8) dane będą udostępniane Miastu Poznań; dane będą udostępniane także innym podmiotom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celu, w jakim zostały przekazane – na podstawie stosownych umów o powierzenie przetwarzania danych, w tym podmiotom świadczącym następujące usługi: asystenta osoby niepełnosprawnej, pocztowe, spedycyjne, prawne, księgowość, informatyczne, marketingowe, promocyjne, analizy danych, tworzenia kopii zapasowych, bezpieczeństwa oraz przechowywania danych, a także audytu;
- 9) dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych;
- 10) mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w zakresie ochrony danych osobowych (Prezesa Ochrony Danych Osobowych), gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy RODO lub inne przepisy prawa;

Ponadto uprzejmie informujemy, iż osoby, których dane są przetwarzane, mają prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w uzasadnionym interesie Administratora – w przypadku zajścia szczególnej sytuacji zgodnie z art. 21 RODO.

.....
Data i podpis uczestnika



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

