



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 1
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2021*

I. DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Proszę zaznaczyć znakiem „X”, której z niżej podanych grup osób dotyczy wniosek:

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

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

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA SIĘ:

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

INFORMACJE NA TEMAT WNIOSKOWANEGO ZAKRESU USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO:

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



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROGRAMU (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

.....

Telefon:..... E-mail:.....

III. OŚWIADCZENIA:

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego)

* Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć:

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

IV. DOBROWOLNE OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ ADMINISTRATORA: Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021, ale braku możliwości uruchomienia usługi z powodu zbyt dużej ilości zgłoszeń wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, w celu wpisania mnie na listę osób oczekujących na objęcie usługą, a tym samym na dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, jednak nie dłużej niż do dnia 01.12.2021 r.

.....
Wyrażam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Cofam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

POTWIERDZAM UPRAWNIENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.
2. Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie wyznaczył inspektora ochrony danych, którym jest pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: pukaczewski@hotmail.com.
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie prawnej: art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym celem przyznania i realizacji wsparcia w ramach programu rządowego finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021.
4. Odbiorcami Pani / Pana danych będą instytucje upoważnione z mocy prawa. Dane mogą zostać także udostępnione w celach kontrolnych oraz sprawozdawczych: Wielkopolskiemu Urzędowi Wojewódzkiemu w Poznaniu oraz Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej, a także naszym pracownikom upoważnionym przez Administratora do podejmowania czynności w ramach obsługi niniejszego Programu.
5. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, liczone od roku, po którym zrealizowano Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021.
6. Posiada Pani / Pan na zasadach art. 15-21 RODO prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Posiada Pani / Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych wskazanych w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” stanowi warunek uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”. Niepodanie danych osobowych spowoduje brak możliwości uczestnictwa w ww. Programie.
9. Informujemy, że przetwarzanie danych nie odbywa się w sposób zautomatyzowany, Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 2
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA PRZEZ UCZESTNIKA

Ja.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

WSKAZUJĘ NA ASYSTENTA PANIĄ / PANA

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

NIE WSKAZUJĘ ASYSTENTA

.....
(data i podpis uczestnika lub opiekuna prawnego)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 3
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

**OŚWIADCZENIE
O KORZYSTANIU Z USŁUG OPIEKUŃCZYCH
LUB SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
ORAZ Z INNYCH PROGRAMÓW FINANSOWANYCH Z INNYCH ŹRÓDEŁ**

Ja.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020r. poz.1876), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale V ust. 7 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, finansowane z innych źródeł.

.....
(data, podpis uczestnika lub jego opiekuna prawnego)



REGULAMIN ŚWIADCZENIA I KORZYSTANIA Z USŁUG W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2021

- 1). Program „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2021” jest realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie zwany dalej „Realizatorem”, na podstawie umowy nr 17/2021/AOON pomiędzy Gminą Międzychód, a Wojewodą Wielkopolskim. Program jest finansowany z środków Funduszu Solidarnościowego.
- 2). Usługi asystenckie są realizowane na terenie Gminy Międzychód.
- 3). Odbiorcami usług są:
 - 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;
 - osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;
 - w przypadku wolnych miejsc dopuszcza się objęcie powyższą formą pomocy osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.
- 4). Usługi realizowane są przez asystentów zatrudnionych przez Realizatora Programu.
- 5). W ramach Programu uczestnik w tym samym czasie nie może korzystać z usług opiekuńczych, ani specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o których mowa w rozdziale V ust.7 Programu, finansowane z innych źródeł.
- 6). Realizator Programu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
- 7). Asystent ma prawo odmówić świadczenia usługi:
 - a. w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu klienta, asystenta lub osób trzecich,



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

- b. z powodu nietrzeźwości uczestnika Programu, bycia pod wpływem narkotyków albo innej sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu asystenta, uczestnika Programu, bądź osób trzecich.
- 8). Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem Programu.
- 9). Zakres podstawowych usług na rzecz klienta to pomoc w szczególności przy:
- a. wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);
 - b. zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
 - c. załatwieniu spraw urzędowych;
 - d. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - e. korzystaniu z dóbr kultury (np.: muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - f. wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej (usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi).
- 10). Asystenci nie świadczą usług i czynności medycznych, ani rehabilitacyjnych.
- 11). Usługi realizowane mogą być przez 7 dni w tygodniu od 7.00 do 22.00, przy czym czas świadczenia usług ustalają strony.
- 12). Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie.
- 13). Limit godzin usług asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne z ww. wskazaniem, a w przypadku opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych legitymujących się znacznym stopniem niepełnosprawności, którego rodzice lub osoby spokrewnione pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie.
- 14). Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora Programu.
- 15). Klient, ani jego opiekun prawny nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez asystenta w ramach Programu.
- 16). W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

i preferencje:

- a. uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,
- b. opiekuna prawnego oraz dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.

17). Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych klienta w zakresie szerszym, niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.

18). Zarówno klient, jak i asystent mają obowiązek traktować siebie nawzajem z szacunkiem.

19). Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, klient i asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności między sobą, a w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy Zespołu Koordynującego.

20). Przypadki złamania zasad niniejszego Regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane do Zespołu Koordynującego.

21). Regulamin wchodzi w życie od dnia jego podpisania i obowiązuje na czas trwania Programu, tj. do 31.12.2021r - zarówno uczestnika Programu, jak i asystenta.

22). Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do Regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.

23). O sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostatecznie decyduje Realizator Programu.

Zapoznałem/łam się z powyższym regulaminem

.....
(data, podpis)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 5
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Nasz znak: OPS.....

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”
– EDYCJA 2021**

W związku ze złożonym przez Panią / Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, który wpłynął do Ośrodka dnia
- Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że Zespół koordynujący zakwalifikował Panią /Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

W odrębnym piśmie zostanie Pani/Pan poinformowana o przydzieleniu asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej z wyszczególnieniem zaplanowanych dla Pani/Pan godzin.

.....
(podpis i pieczęć)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 6
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Nasz znak: OPS.....

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O NIEZAKWALIFIKOWANIU
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”
– EDYCJA 2021**

W związku ze złożonym przez Panią / Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, który wpłynął do Ośrodka dnia
- Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że Zespół koordynujący nie zakwalifikował Pani /Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

Uzasadnienie odmowy kwalifikacji

.....
.....

.....
(data i pieczęć)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 7
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Nasz znak: OPS.....

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”
– EDYCJA 2021
I WPISANIU NA LISTĘ OSÓB OCZEKUJĄCYCH**

W związku ze złożonym przez Panią / Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021, który wpłynął do Ośrodka dnia - Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie informuje, że Zespół koordynujący zakwalifikował Panią /Pana do uczestnictwa w w/w Programie.

Z uwagi na ograniczoną liczbę osób, które możemy objąć w/w wsparciem został/a Pani/Pan wpisana na listę osób oczekujących.

.....
(data i pieczęć)



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 8
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

ZGŁOSZENIE OFERTY:
ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

.....
miejsowość, data

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia

Dane kontaktowe

II. KOPIE DOKUMENTÓW DOT. UPRAWNIENÍ, O KTÓRYCH MOWA W PROGRAMIE ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2021, tj. – proszę podkreślić, które dokumenty zostały załączone do oferty:

1. dokumenty potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej / opiekun osoby starszej/ opiekun medyczny

2. dokumenty potwierdzające przynajmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzieleniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np.: doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu

3. zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta – **wymagane tylko w przypadku, gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.**

4. inne

III. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w w/w karcie zgłoszeniowej są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Data, podpis

IV. OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), oświadczam, że **wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w zgłoszeniu oferty: asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, w celu wykorzystania ich w przyszłych naborach na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przeprowadzanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, przez okres do końca grudnia 2021 roku.

.....
Wyrażam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Cofam zgodę – data, podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (dalej RODO) (Dz. Urz. UE L 119) informujemy o obowiązujących od dnia 25 maja 2018r. zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.
2. Inspektorem Ochrony Danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, jest Pan Krzysztof Pukaczewski, z którym można skontaktować się pod adresem pukaczewski@hotmail.com lub pod adresem administratora.
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oceny oferty z zamiarem zawarcia umowy i jej późniejszej realizacji na zasadach przewidzianych w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021, co wyczerpuje przesłanki legalizujące przetwarzanie opisane w art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
4. Jeżeli wskutek współpracy będziemy musieli przetwarzać Pani / Pana dane szczególnej kategorii, takie jak dane dotyczące zdrowia, to podstawą ich przetwarzania będzie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, tj. przetwarzanie może być konieczne dla wykonania ciężących na nas obowiązków oraz praw wynikających z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku zawarcia umowy z asystentem realizującym usługę na rzecz dzieci do 16 roku życia, Administrator zobowiązany jest do weryfikacji osoby, w Rejestrze Sprawców Przystępstw Na Tle Seksualnym.
5. Odbiorcą Pani / Pana danych osobowych będą pracownicy zatrudnieni przez administratora, którzy będą bezpośrednio odpowiedzialni za przetwarzanie danych, tacy jak pracownicy ds. kadrowych, informatycy oraz księgowi. Ponadto dane mogą być przetwarzane na podstawie podpisanych umów przez podmioty świadczące usługi, np. w zakresie porad prawnych, a także banki, firmę ubezpieczeniową. Dane mogą zostać udostępnione także do celów sprawozdawczych, czy kontrolnych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wielkopolski Urząd Wojewódzki.
6. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu wyboru najkorzystniejszej oferty. Po tym czasie dane osobowe wynikające z najkorzystniejszej oferty zostaną wykorzystane do zawarcia i realizacji umowy, a dane z pozostałych ofert ulegną niezwłocznemu usunięciu. W przypadku, gdy wyrazi Pani / Pan dobrowolnie zgodę na dalsze przetwarzanie danych celem przyszłej rekrutacji, dane będą przechowywane nie dłużej niż do zakończenia Programu, tj. do końca grudnia 2021 roku.
7. Przysługuje Pani / Panu na zasadach art. 15-21 RODO prawo do żądania od Administratora:
 - dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - wnoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
 - przenoszenia danych.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem umownym, a konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przez Administratora jest brak możliwości zawarcia i wykonania umowy.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 9
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ

Ja.....
(imię i nazwisko)

oświadczam, że sprawowałem / sprawowałam opiekę nad osobą niepełnosprawną

(proszę wskazać: stopień niepełnosprawności osoby wymagającej opieki, zakres wykonywanych czynności, czas na jaki usługa była wykonywana – w tym częstotliwość usługi, itp.):

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

Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, podpis)



Dane placówki / pieczętka

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

Zaświadcza, się o braku przeciwwskazań u Pani / Pana:

.....
(imię, nazwisko, pesel)

do wykonywania czynności Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, na rzecz dzieci niepełnosprawnych 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.

Niniejsze zaświadczenie wydaje się na wniosek osoby zainteresowanej celem przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, w toku aplikowania o zatrudnienie w charakterze asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 11
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2021

Karta realizacji usług asystenta Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od do

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi *	Czytelny podpis asystenta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

- Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2021 r. wyniosła godzin.
- Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt., o wartości zł** - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.
- Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt., o wartości zł.
- Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 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 imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

***Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

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



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 13
do Regulaminu wdrażania i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

ZAŚWIADCZENIE O PEŁNIENIU FUNKCJI ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zaświadcza się, że Pan / Pani:

.....
pełni funkcję Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2021”, w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.

TERMIN WAŻNOŚCI ZAŚWIADCZENIA *:

od – 31 grudnia 2021 roku.

.....
Data, pieczęć i podpis dyrektora lub osoby upoważnionej

*** Zaświadczenie po upływie jego terminu ważności lub w przypadku zaprzestania świadczenia umowy zlecenia, podlega niezwłocznemu zwrotowi do Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie.**