



KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Telefon kontaktowy:

4. Data urodzenia:

5. Wykształcenie:

6. Zawód wyuczony:

7. Status na rynku pracy:

8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina 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 powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

II. ŚRODOWISKO:

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

- 1) czynności samoobsługowe **Tak****/Nie**
 - 2) wypełnianie ról społecznych **Tak****/Nie**
 - 3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**
 - 4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak****/Nie**
-
-
-

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

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....



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

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

- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli
 - b) czesaniu
 - c) goleniu
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
 - h) staniu łóżka i zmianie pościeli

- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej



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

- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ;
- 4) wsparcia 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/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ;
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

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

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

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

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

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....



V. OŚWIADCZENIA:

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

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 dotycząca przetwarzania danych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Zgodnie z art. 13 i art.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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:



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

1. **Administratorem danych osobowych jest** Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 1, 64-400 Międzychód, ops@opsmiedzychod.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym **Inspektorem Ochrony Danych** na adres e-mail: pukaczewski@hotmail.com lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. **Celem przetwarzania danych osobowych jest** realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. **Dane osobowe przetwarzane są na podstawie** art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.
5. **Dane osobowe będą przechowywane przez okres** przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wnioski.
6. **Źródłem pochodzenia danych osobowych** mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. **Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są** podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub *Wojewodzie Wielkopolskiemu*, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.¹⁾
8. **Ma Pani/Pan prawo do:** dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. **Podanie danych osobowych** w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

¹⁾ W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (*należy wskazać nazwę gminy/powiatu*) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu.



Klauzula informacyjna RODO
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023
w przypadku, gdy dane mogą zostać udostępnione Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej

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 i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny 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@mriips.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 świadczącej usługi asystencji osobistej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023: 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 niepełnosprawnej” – edycja 2023. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np.



podmiotom kontrolującym Ministra). 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 niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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 uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.



Nasz znak: OPS.....

Pani, Pan

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

INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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)



Nasz znak: OPS.

Pani, Pan

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

INFORMACJA O NIEZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, 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)



Nasz znak: OPS.....

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023
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 2023, 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)



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 zgodnie z Programem AOODN – edycja 2023 rozdz. IV pkt 4, ani też moim opiekunem prawnym i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.

NIE WSKAZUJĘ ASYSTENTA

.....
(data i podpis uczestnika, opiekuna prawnego, rodzica)



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 trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych w ramach Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV pkt 8 Programu, 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 2023

- 1) Program „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023 jest realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie zwany dalej „Realizatorem”, na podstawie Umowy nr 94/2023/AOON zawartej w dniu 29.03.2023r. pomiędzy Gminą Międzychód, a Wojewodą Wielkopolskim. Program jest finansowany z środków Funduszu Solidarnościowego.
- 2) Usługi asystencji osobistej 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 niepełnosprawności:
 - o stopniu znacznym;
 - o stopniu umiarkowanym lub
 - traktowane na równi do wyżej wymienionych zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.
 - w przypadku wolnych miejsc tzn. mniejszej liczby osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności dopuszcza się objęcie powyższą formą pomocy więcej osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi do wyżej wymienionego.
- 4) Usługi realizowane są przez asystentów zatrudnionych przez Realizatora Programu.
- 5) W ramach Programu uczestnik w trakcie realizacji usługi asystenckiej tym samym czasie nie może korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., innych usług finansowanych w ramach Funduszu lub usług obejmujących analogicznie wsparcia, o którym mowa w Programie rozdziale IV pkt 8, 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) Zarówno uczestnik jak i asystent ma prawo odmówić świadczenia usługi:
 - a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu uczestnika, asystenta lub osób trzecich,
 - b) z powodu nietrzeźwości uczestnika, asystenta Programu, bycia pod wpływem narkotyków albo innej sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu uczestnika, asystenta Programu, bądź osób trzecich.
- 8) Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem Programu.
- 9) Zakres podstawowych usług na rzecz uczestnika Programu to pomoc w szczególności przy:
 - a) wykonaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
 - b) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - c) załatwieniu spraw urzędowych;
 - d) korzystaniu z dóbr kultury (np.: muzeum, teatr, kino, galeria sztuki, wystawa);
 - e) zaprowadzaniu i odebraniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej.Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
Dodatkowo do Regulaminu stanowi załącznik Karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej.
- 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 przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę.
- 12) Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi:
 - 44 godzin miesięcznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 30 godzin miesięcznie dla 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.
 - 15 godzin miesięcznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Niewykorzystane godziny asystencji osobistej ujęte we wniosku Gminy mogą zostać przydzielone uczestnikom Programu, jeśli zajdzie taka potrzeba (z zachowaniem limitów określonych w Programie).

- 13) Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora Programu.
- 14) Uczestnik Programu, ani jego opiekun prawny nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez asystenta w ramach Programu.
- 15) Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
- 16) Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby niepełnosprawnej, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby niepełnosprawnej.
- 17) Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych uczestnika w zakresie szerszym, niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
- 18) Zarówno uczestnik, jak i asystent mają obowiązek traktować siebie nawzajem z szacunkiem.
- 19) Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, uczestnik 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 31.12.2023 r.- 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)



OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością)

oświadczam, że akceptuję Panią/Pana,
która/y będzie świadczył/a na rzecz dziecka usługę
w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023.

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna prawnego
dziecka z niepełnosprawnością)



ZGŁOSZENIE OFERTY:
ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

.....
miejsowość, data

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia

Dane kontaktowe

II. KOPIE DOKUMNETÓW DOT. UPRAWNIENÍ, O KTÓRYCH MOWA W PROGRAMIE ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2023, 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/ pedagog/ psycholog/ terapeuta zajęciowy/ pielęgniarka/ fizjoterapeuta.
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 o niekaralności – **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 współudziału 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 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 2023, **w celu wykorzystania ich w przyszłych naborach na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej** przeprowadzanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, przez okres do końca grudnia 2023 roku.

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

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

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

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 2023, 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 ciążących 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 Przepięstw 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



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

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 2023 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.



KARTA ZAKRESU CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

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

2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

- a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
- b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie
- c) myciu okien
- d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

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

- e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 3) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu
 - f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta
- 4) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer
 - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
 - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
 - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
 - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze
 - f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer
 - g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

Miejscowość, dnia



KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						



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

6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2023 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł zł – 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.**

.....
Data i podpis asystenta



Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.



.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu * zł gr	Wartość (8)×(9) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Podsumowanie strony											
Do przeniesienia/Z przeniesienia											
Razem											



*Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z późn. zm.) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,5214 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 0,8358 zł;
- dla motocykla – 0,2302 zł;
- dla motoroweru – 0,1382 zł.

.....

Data i podpis asystenta



.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania biletów	Liczba pobranych biletów	Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
Data i podpis asystenta



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 2023”, w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.

TERMIN WAŻNOŚCI ZAŚWIADCZENIA *:

od – 31 grudnia 2023 roku.

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

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