



Załącznik
do Zarządzenia nr 9/2024 z dnia 19.03.2024 r.
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie

**REGULAMIN WDRAŻANIA I REALIZACJI
PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024
W OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W MIĘDZYCHODZIE**

I.

Postanowienia ogólne

1. Usługi asystencji osobistej (zwane dalej „usługami”) realizowane są na rzecz osób z niepełnosprawnością, będących mieszkańcami gminy Międzychód.
2. Uczestnikami Programu (zwanymi dalej „uczestnikami”) są:
 - 1) dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadające 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz
 - 2) osoby z niepełnosprawnościami posiadającymi orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
 - c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.
3. Realizatorem Programu jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód (zwany dalej „Ośrodkiem”).
4. Obsługę Programu zapewnia Zespół Koordynujący (zwany dalej „Zespołem”).
5. Decyzję w zakresie wyboru formy zatrudnienia asystentów osobistych osób z niepełnosprawnością (zwanym dalej „asystentami”) podejmuje Ośrodek Pomocy Społecznej.
6. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej,



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

- opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
- 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub
 - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie), pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w ust. 1) lub 2).

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w ust. 2), może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielenie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna.

Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do Zespołu Koordynującego Program.

Usługi asystencji osobistej nie mogą być świadczone przez członków rodziny. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

7. Założenia realizacji Programu w gminie Międzychód, zgodnie ze złożonym wnioskiem:

- 1) Planowana liczba osób niepełnosprawnych, którym zostaną przyznane usługi – **20**, w tym:
 - a) planowana liczba dzieci do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym zostaną przyznane usługi – **1**,
 - b) planowana liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności – **15**, z tym, że:
 - liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne) – **8**,
 - liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne) – **7**,
 - c) planowana liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – **4**, z tym, że:
 - liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne) – **2**,
 - liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne) – **2**.

W sytuacji, gdy faktyczna liczba uczestników ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub też z niepełnosprawnością sprzężoną w stopniu znacznym ulegnie pomniejszeniu, zastrzega się wówczas możliwość kwalifikacji większej liczby



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

- osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w tym również sprzężoną, jak i dzieci do ukończenia 16 roku życia spełniające kryteria Programu.
- 2) Planowana liczba asystentów osób z niepełnosprawnością – **17**; z tym, że:
 - a) **15** – dla asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością;
 - b) **2** – dla asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.
 - 3) Planowana liczba godzin usług asystentów na rzecz osób z niepełnosprawnościami – **8.000**, w tym:
 - a) planowana liczba godzin dla dziecka w wieku do ukończenia 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności – **360**,
 - b) planowana liczba godzin dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) – **3.120**,
 - c) planowana liczba godzin dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) – **3.220**,
 - d) planowana liczba godzin dla osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) – **600**,
 - e) planowana liczba godzin dla osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) – **700**.
 - 4) Koszt wynagrodzenia asystentów za wykonaną usługę asystencji osobistej – **400.000,00 zł**.
 - 5) Koszt ubezpieczeń OC oraz NNW asystentów – **3.060,00 zł**.
 - 6) Koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz Koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu – w łącznej wysokości **10.080,00 zł**.
 - 7) Koszt obsługi Programu (nie więcej niż 2 % środków na realizację zadania) – **8.260,00 zł**.
 - 8) Wnioskowana kwota środków finansowych Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu – **421.400,00 zł**.
 - 9) Planuje się realizację usług asystencji osobistej od marca 2024 r. do grudnia 2024 r., w zależności od terminu faktycznego przekazania dofinansowania.

II.

Wdrażanie i realizacja

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

1. W celu zapewnienia wysokiego standardu usług asystencji osobistej, został wyłoniony Zespół Koordynujący, który został powołany Zarządzeniem Nr 8/2024 z dnia 19.03.2024 r. Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie w sprawie: powołania Zespołu koordynującego Program „Asystent osobisty osoby z

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

- niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie.
2. Zespół wspólnie ze starszym specjalistą do spraw księgowości Ośrodka będą realizować postanowienia Programu.
3. Za realizację Programu odpowiada Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie.

III.

Procedura naboru uczestników i asystentów osobistych osób z niepełnosprawnością

III.1 Uczestnik

1. Osoba z niepełnosprawnością lub w jej imieniu opiekun prawny chcąc przystąpić do Programu składa Kartę zgłoszeniową do Programu – **załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu**, w terminie wyznaczonym przez realizatora. Termin zostanie podany do wiadomości publicznej na stronie internetowej Gminy Międzychód oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Ośrodka. Informacje można także uzyskać bezpośrednio w siedzibie jednostki, w tym na tablicy ogłoszeń.

Do Karty zgłoszeniowej należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Następnie Karta zgłoszeniowa do Programu wraz z orzeczeniem o niepełnosprawności przekazywana jest do Zespołu, który rejestruje w/w dokumenty, weryfikuje pod kątem formalnym, a następnie przesyła do osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego pisemną informację o:

- 1) zakwalifikowaniu do Programu, stanowiącym **załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu**, bądź
- 2) niezakwalifikowaniu do Programu, stanowiącym **załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu**.

W przypadku, gdy nie ma możliwości przydzielenia usług z uwagi na dużą liczbę wniosków, wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie o wpisaniu go na listę osób oczekujących - **załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu**.

2. Po otrzymaniu pisemnej informacji o zakwalifikowaniu się do Programu – uczestnik lub jego opiekun prawny składa następujące dokumenty:



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

- 1) oświadczenie o korzystaniu z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych oraz z innych programów finansowanych z innych źródeł - **załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,**
- 2) potwierdzenie zapoznania się z treścią Regulaminu świadczenia i korzystania z usług asystencji osobistej - **załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu.**
3. W pierwszej kolejności asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, z uwzględnieniem postanowień Programu Rozdział IV pkt 4. 3). Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje Zespół, z uwzględnieniem postanowień Programu Rozdział IV pkt 4. 1) lub 2).
4. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:
 - 1) zaświadczenie o niekaralności;
 - 2) informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z w/w Rejestru;
 - 3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością – **załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.**
5. W przypadku, gdy osoba nie może dostarczyć dokumentów osobiście wymienionych w pkt 1 i 2 może dostarczyć je do siedziby Ośrodka za pośrednictwem innej osoby lub za pośrednictwem przesyłki pocztowej.
6. O przystąpieniu do Programu decyduje kolejność składanych dokumentów, o których mowa w pkt. 1. oraz sytuacja osoby z niepełnosprawnością, czyli: samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.

W przypadku większej liczby zgłoszeń osób z niepełnosprawnością, niż zakładanych we wniosku o pozyskanie środków finansowych, pod uwagę będzie brany fakt korzystania z innych form wsparcia przez osobę z niepełnosprawnością.

7. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utarta statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik lub jego opiekun prawny zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.



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

8. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
9. Jeśli asystent został wskazany przez wnioskodawcę, Zespół kontaktuje się z tą osobą celem dopełnienia formalności związanych z przedstawieniem przez asystenta dokumentów poświadczających posiadane doświadczenie zawodowe, a w przypadku zainteresowania współpracą – podpisaniem umowy zlecenie lub umowy o świadczenie usług.

III.2 Asystent osobisty

1. Kandydat na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością składa dokumenty rekrutacyjne zgodnie ze zgłoszoną ofertą: Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością - **załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu**:
 - 1) kserokopie dyplomu lub świadectwa potwierdzające wykształcenie, tj. dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
 - 2) dokumenty potwierdzające co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnością w formie wolontariatu;
 - 3) w przypadku, gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniem konieczności będzie dostarczenie przez kandydata zaświadczenia o niekaralności.
2. Dokumenty złożone przez kandydata na asystenta osobistego podlegają weryfikacji przez Zespół pod kątem zgodności z wymogami Programu.
3. W przypadku pozytywnej oceny kandydata kwalifikuje się go do nawiązania współpracy. Podejmuje się również ustalenia dotyczące skierowania kandydata do współpracy z wybraną osobą z niepełnosprawnością, która we wniosku nie wskazała osoby, która będzie świadczyć na jej rzecz usługi asystenta osobistego.

W przypadku zakwalifikowania kandydatów wyrażających wolę pracy z dziećmi z niepełnosprawnością do ukończenia 16 roku życia, Zespół występuje do Ministerstwa Sprawiedliwości o pisemną informację o niefigurowaniu danej osoby w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym. Podstawą prawną działania jest art. 21 ust. 1 ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym [art. 21 ust. 1 „Przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi pracodawcy lub inni organizatorzy w zakresie takiej działalności są obowiązani do uzyskania



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

informacji, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze”].

4. Po zakwalifikowaniu kandydata do nawiązania współpracy, Zespół informuje o warunkach zatrudnienia, przygotowuje umowę zlecenie lub umowę o świadczenie usług i wyznacza termin jej podpisania. W dniu podpisania umowy, osoba wyrażająca wolę świadczenia usług asystencji osobistej przechodzi szkolenie wstępne bhp oraz z zakresu udzielenia pierwszej pomocy, które dokumentowane jest na karcie szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy w tym pierwsza pomoc. Jednocześnie asystent zostaje objęty ubezpieczeniem z tytułu OC oraz NNW od dnia podpisania umowy na czas jej obowiązywania, przy czym zapewnienie ubezpieczenia OC jest obowiązkiem realizatora Programu, natomiast NNW jest dobrowolne.

Ponadto asystent podpisuje Kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024; **załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.**

5. Po podpisaniu umowy asystent otrzyma pisemną informację o przydzieleniu danego uczestnika, natomiast uczestnik po dopełnieniu formalności zawartych w pkt 2 III. 1, otrzyma informację o przydzieleniu danego asystenta z wyszczególnieniem zaplanowanych dla niego godzin.
6. Akta uczestników i asystentów znajdować się będą w siedzibie Ośrodka.
7. Listę oczekujących kandydatów na asystentów spełniających wymogi Programu, z którymi nie zawarto umów prowadzi zespół koordynujący.

IV.

Sposób realizacji usług

1. Uczestnik Programu za usługi asystencji osobistej nie ponosi odpłatności.
2. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia w tym:
 - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania;
 - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.



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

3. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.
4. Czas trwania usług asystencji osobistej:
 - 1) usługi asystencji osobistej mogą być realizowane od godziny 7.00 do godziny 22.00, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
 - 2) limit godzin usług asystencji osobistej przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi:
 - a) **średnio 46 godzin miesięcznie przez 10 miesięcy** (nie więcej niż 460 godzin przez okres od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);
 - b) **średnio 39 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy** (nie więcej niż 390 godzin przez okres od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
 - c) **średnio 35 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy** (nie więcej niż 350 godzin przez okres od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);
 - d) **średnio 30 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy** (nie więcej niż 300 godzin przez okres od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
 - e) **średnio 36 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy** (nie więcej niż 360 godzin przez okres od marca 2024 roku do grudnia 2024 roku, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i 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.

Miesięczna liczba rodzin wsparcia może ulegać zmianie w zależności od potrzeb indywidualnych danego uczestnika Programu, jednak nie może przekroczyć danego limitu godzin przypadającego na jedną osobę (uczestnika) w danym roku kalendarzowym, określonego w Programie.



Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług 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.

5. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
6. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
7. Pierwsze spotkanie uczestnika z asystentem odbywa się w miejscu zamieszkania uczestnika, w obecności pracownika socjalnego z danego rejonu.
8. Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia z tytułu świadczenia usług asystenta nie może przekroczyć 50,00 zł brutto. Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy należy rozumieć sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenie społeczne, PPK, Fundusz Pracy poniesionych przez Zleceniodawcę.
9. W terminie do 4 dnia każdego miesiąca następującego po wykonaniu usługi - asystent dostarcza Zespołowi Kartę realizacji usług asystenta - **załącznik nr 10 do niniejszego Regulaminu** oraz w przypadku zaistnienia takiej okoliczności Ewidencję przebiegu pojazdu - **załącznik nr 11 do niniejszego Regulaminu** i Ewidencję biletów komunikacyjnych – **załącznik nr 12 do niniejszego Regulaminu**, za wyjątkiem miesiąca grudnia 2024 r., kiedy to rozliczenie ma zostać wykonane do 18.12.2024 r.

W przypadku, gdy 4 dzień miesiąca przypada na dzień wolny od pracy, Kartę tą należy dostarczyć w poprzedzający dzień roboczy.

10. Zespół sprawdza wykonanie usług na podstawie Kart realizacji usług asystenta, w tym porównuje liczbę zaplanowanych i zrealizowanych godzin z danymi określonymi w pisemnej informacji.
11. Asystentowi zostaną pokryte koszty ubezpieczenia OC oraz NNW związane ze świadczeniem usługi w wysokości nie większej niż 200,00 zł rocznie na czas trwania Programu, liczone proporcjonalnie do okresu wykonywania umowy. Z tym, że ubezpieczenie OC jest obowiązkowe, a NNW dobrowolne. Ośrodek zobowiązuje się do pokrycia kosztów w/w ubezpieczenia.
12. Koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu np.



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

taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu, jest wliczony w czas pracy asystenta wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika. Koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi mogą zostać uwzględnione w wysokości:

- nie większej niż 10.080,00 zł dla wszystkich asystentów; przy czym nie więcej niż 300,00 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę u jednego uczestnika i nie więcej niż 500,00 zł miesięcznie na asystenta świadczącego usługę u więcej niż jednego uczestnika Programu.

13. Asystent zobowiązany jest do posiadania przy sobie w czasie świadczenia usług zaświadczenia o pełnieniu funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością i okazywanie go na każde żądanie uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, domowników, instytucji porządku publicznego, czy też przedstawicieli Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie. Zaświadczenie to stanowi **załącznik nr 13 do niniejszego Regulaminu**.

14. W przypadku nietrzeźwości lub jego podejrzenia np. uczestnika Programu, bądź asystenta, bycia pod wpływem narkotyków albo innej sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu asystenta, uczestnika Programu, bądź osób trzecich asystent, uczestnik może odmówić realizacji usługi.

15. W uzasadnionym przypadku przerwania świadczenia usługi asystent lub uczestnik zobowiązany jest niezwłocznie o tym fakcie poinformować Zespół.

V.

Nadzór i kontrola realizacji usługi

1. W celu sprawdzania jakości usług asystenta osobistego i zwiększenia efektywności wykonywanego zadania przez asystentów jest ono poddawane dorażnej kontroli i monitoringowi ze strony Zespołu oraz pracowników socjalnych Ośrodka.
2. Asystent sporządza pisemną informację na temat świadczonej usługi u uczestnika raz na trzy miesiące. Po sporządzeniu powyższej informacji dokument przekazywany jest Zespołowi i pozostaje w aktach klienta.
3. Pracownik socjalny danego rejonu w miejscu zamieszkania uczestnika Programu dokonuje dorażnej kontroli i monitorowania świadczonych usług raz na cztery miesiące. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości, Zespół podejmuje czynności wyjaśniające oraz decyzyjne, co do wstrzymania wykonywania usługi, zawieszenia jej wykonania lub zmiany asystenta na inną osobę.



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

4. Monitoring i kontrola jest procesem ciągłym realizowanym przez Zespół oraz pracowników socjalnych poprzez:
 - 1) spotkania indywidualne z asystentami świadczącymi usługi na rzecz osób z niepełnościami - raz w miesiącu (Zespół);
 - 2) spotkania indywidualne z uczestnikiem Programu – raz na cztery miesiące (pracownicy socjalni);
 - 3) analizę dokumentacji zgromadzonej w związku z realizacją usługi.
5. W przypadku wystąpienia obostrzeń np. w związku z zwiększoną zachorowalnością lub innych przyczyn uniemożliwiających przeprowadzenie doraźnej kontroli i monitoringu w miejscu zamieszkania uczestnika Programu, dopuszcza się przeprowadzenie kontroli drogą telefoniczną.

VI.

Ramowy schemat zadań pracowników

1. Zespół – zakres realizacji zadań:
 - 1) rekrutacja uczestników do Programu (przyjmowanie kart zgłoszeniowych do Programu, weryfikacja danych, kwalifikacja do Programu, zakładanie akt uczestników oraz prowadzenie ich dokumentacji),
 - 2) prowadzenie rejestru osób oczekujących na wsparcie,
 - 3) prowadzenie naboru asystentów osobistych osoby z niepełnosprawnością
 - 4) kontrola i monitoring wykonania usług przez asystentów na podstawie karty realizacji usług asystenta oraz ewidencji przebiegu pojazdu jak również ewidencji biletów komunikacyjnych,
 - 5) sporządzanie sprawozdania w zakresie merytorycznym,
 - 6) spraw kadrowych i płacowych asystentów (przygotowanie umów oraz dokumentacji kadrowej i płacowej zgodnie z przepisami oraz Regulaminem).
2. Starszy specjalista ds. księgowości – zakres realizacji zadań:
 - 1) rozliczanie zadań Programu pod względem finansowym,
 - 2) sporządzanie sprawozdania w zakresie finansowych.
3. Pracownicy socjalni – zakres realizacji działań:
 - 1) pierwsze spotkanie uczestnika oraz asystenta odbywa się w miejscu zamieszkania uczestnika w obecności pracownika socjalnego z danego rejonu,
 - 2) spotkania indywidualne z uczestnikami Programu w miejscu ich zamieszkania – raz na cztery miesiące,
 - 3) współpraca z zespołem koordynującym.
4. Starszy administrator ds. organizacji i kadr:
 - 1) objęcie ubezpieczeniem OC oraz NNW asystentów Programu.



5. Specjalista pracy socjalnej – zakres realizacji działań:
 - 1) przygotowanie dokumentacji zgodnej 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) – RODO, tj.: klauzul informacyjnych o przetwarzaniu danych osobowych, klauzul poufności, upoważnień do przetwarzania danych osobowych,
 - 2) udzielenie instruktażu asystentom z zakresu ochrony danych osobowych, w tym organizacja szkolenia,
 - 3) przyjmowanie wniosków oraz uwag w zakresie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj. zarówno uczestnikom, jak i osobom pełniącym funkcję asystenta.
6. W pozostałych sprawach nie wymienionych wyżej, a związanych z realizacją Programu działania będą podejmowane wspólnie z Zespołem Koordynującym oraz starszym specjalistą ds. księgowości.

VII.

Zmiany do regulaminu

Wszelkie zmiany treści niniejszego Regulaminu dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

Spis załączników:

- 1) Karta zgłoszenia kandydata do Programu z klauzulami dotyczącymi przetwarzania danych.
- 2) Informacja o zakwalifikowaniu do Programu.
- 3) Informacja o niezakwalifikowaniu do Programu.
- 4) Informacja o zakwalifikowaniu do Programu i wpisaniu na listę osób oczekujących.
- 5) Oświadczenie o korzystaniu z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych oraz z innych programów finansowanych z innych źródeł.
- 6) Regulamin świadczenia korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
- 7) Oświadczenie o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
- 8) Zgłoszenie oferty: asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.
- 9) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej.
- 10) Karta realizacji usług asystenta.
- 11) Ewidencja przebiegu pojazdu.
- 12) Ewidencja biletów komunikacyjnych.
- 13) Zaświadczenie o pełnieniu funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

Załącznik nr 1

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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; 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

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

11. Czy porusza się Pan(i):

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

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

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem 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. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? Tak / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

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) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** ;

b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** ;

- c) czesanie **Tak** / **Nie**
 - d) golenie **Tak** / **Nie**
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie**
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie**
 - g) 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**
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie**
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie**
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie**
 - k) sianie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie**
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – 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 – 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**

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

- 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) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;
- i) 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:

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

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 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 2024.
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), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 10 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w dziale III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

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

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci 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.

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ośrodka 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:

1. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 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, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, tj. w szczególności: weryfikacja uprawnień kandydatów do otrzymania wsparcia w ramach programu, zmierzająca do przyznania przedmiotowej pomocy oraz rozliczenie merytoryczne i finansowe programu (w tym sprawozdawczość).
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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby z niepełnosprawnością, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami 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

Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielkopolskiemu, m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.

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, gdy 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie

Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny, Pracy 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, 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@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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024: 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 2024: 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 2024. 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

Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647, 1407 i 1429.).

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

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 2024.

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

Załącznik nr 2
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Znak sprawy:

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 z niepełnosprawnością z wyszczególnieniem zaplanowanych dla Pani/Pan godzin.

.....
(podpis i pieczęć)

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

Załącznik nr 3
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Znak sprawy:

Pani, Pan

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

INFORMACJA O NIEZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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)



Załącznik nr 4
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Znak sprawy:

Pani, Pan

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

**INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024
I WPISANIU NA LISTĘ OSÓB OCZEKUJĄCYCH**

W związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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)



Załącznik nr 5

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 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, w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych w ramach Funduszu albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV pkt 10 Programu, finansowane ze środków publicznych.

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



Załącznik nr 6

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

**REGULAMIN ŚWIADCZENIA I KORZYSTANIA Z USŁUG W RAMACH PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, zwany dalej „Realizatorem”, na podstawie umowy nr 70/2024/AOOzN 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:
 - 1) dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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 współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
 - 2) osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
 - a) o stopniu znacznym; w tym także z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) o stopniu umiarkowanym; w tym także z niepełnosprawnością sprzężoną lub
 - c) traktowane na równi do wyżej wymienionych zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

- w sytuacji, gdy faktyczna liczba uczestników ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub też z niepełnosprawnością sprzężoną w stopniu znacznym ulegnie pomniejszeniu zastrzega się wówczas możliwość kwalifikacji większej liczby osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w tym również sprzężoną jak i dzieci do 16 roku życia spełniające kryteria Programu.
4. Usługi realizowane są przez asystentów zatrudnionych przez Realizatora Programu.
5. W ramach Programu uczestnik w godzinach realizacji usługi asystenckiej osobistej w 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 albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usług obejmujących analogicznie wsparcia, o którym mowa w Programie rozdziale IV pkt 10, finansowane ze środków publicznych.
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 asystencji osobistej:
 - 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu uczestnika, asystenta lub osób trzecich,
 - 2) z powodu nietrzeźwości lub jego podejrzenia 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.



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

9. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
 - 1) wsparcia uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem;Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły lub placówki oświatowej 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 przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę.
12. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi:
 - 1) średnio 46 godzin miesięcznie przez 10 miesięcy (nie więcej niż 460 godzin przez okres od marca do grudnia 2024, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);
 - 2) średnio 39 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy (nie więcej niż 390 godzin przez okres od marca do grudnia 2024, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
 - 3) średnio 35 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy (nie więcej niż 350 godzin przez okres od marca do grudnia 2024, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne);
 - 4) średnio 30 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy (nie więcej niż 300 godzin przez okres od marca do grudnia 2024, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne);
 - 5) średnio 36 godzin miesięcznie przez okres 10 miesięcy (nie więcej niż 360 godzin przez okres od marca do grudnia 2024, w przypadku zmiany uczestnika Programu limit godzin ustalany jest proporcjonalnie do czasu pozostałego do końca trwania Programu) dla dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki i 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. Miesięczna liczba rodzin wsparcia może ulegać zmianie w zależności od potrzeb indywidualnych danego uczestnika Programu, jednak nie może przekroczyć danego limitu godzin przypadającego na jedną osobę (uczestnika) w danym roku kalendarzowym, określonego 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.



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

15. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
16. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, 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. O wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej) uczestnik lub jego opiekun prawny zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.
22. Zmiana stopnia niepełnosprawności uczestnika lub korzystanie przez uczestnika w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi limitu godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach Programu w danym roku kalendarzowym. Nowy limit będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany ww. okoliczności.
23. Regulamin wchodzi w życie od pierwszej dnia rozpoczęcia świadczenia usługi przez asystenta u uczestnika Programu i obowiązuje na czas trwania Programu, tj. do 31.12.2024 r.- zarówno uczestnika Programu, jak i asystenta.
24. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do Regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
25. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostatecznie decyduje Realizator Programu.

Zapoznałem/łam się z powyższym regulaminem

.....
(data, podpis)

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

Załącznik nr 7
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

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 do ukończenia 16 roku życia:

.....
usługę w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

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

Załącznik nr 8

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

**ZGŁOSZENIE OFERTY:
ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

.....
miejsowość, data

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia

Dane kontaktowe

II. KOPIE DOKUMENTÓW DOT. UPRAWNIENI, O KTÓRYCH MOWA W PROGRAMIE ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2024, tj. – proszę podkreślić, które dokumenty zostały załączone do oferty:

1. dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/pedagog/psycholog/ terapeuta zajęciowy/pielęgniarka/siostra PCK/ fizjoterapeuta;

lub

2. dokumenty potwierdzające co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzieleniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np.: doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu;

3. zaświadczenie o niekaralności – wymagane tylko w przypadku, gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadające 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 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 CELE PRZYSZŁEJ REKRUTACJI.

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 z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, w celu wykorzystania ich w przyszłych naborach na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością przeprowadzanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie, przez okres do końca grudnia 2024 roku.

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

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

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 2018 r. 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, 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 ukończenia 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 i 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 2024 roku.
7. Przysługuje Pani/Panu na zasadach art. 15-21 RODO prawo do żądania od Administratora:
 - 1) dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - 2) wnoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
 - 3) 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.

Załącznik nr 9

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – 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 – 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 ;

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

- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość, dnia

Załącznik nr 10

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

**KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ W RAMCH PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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.						

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

9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

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

26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2024 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 z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.**

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

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 2024

Załącznik nr 11

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc 2024 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	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu * zł gr	Wartość (9)x(10) zł gr	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....
Data i podpis asystenta

Załącznik nr 12

do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH
za miesiąc 2024 r.

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

.....
Data i podpis asystenta

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

Załącznik nr 13
do Regulaminu wdrażania i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie

ZAŚWIADCZENIE O PEŁNIENIU FUNKCJI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zaświadcza się, że Pan/Pani:

.....

pełni funkcję Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód.

TERMIN WAŻNOŚCI ZAŚWIADCZENIA*:

od – 31 grudnia 2024 roku.

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