Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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

*WZÓR*

**Karta zgłoszenia do Programu**

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

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………

2. Adres: …………………………….…...................…….................………...............................................…………..………………………

3. Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….…………………………………………………

4. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………

5. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..……………………………………..

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak  / Nie**

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

7. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………….

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – 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** | 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 jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak  / Nie**

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

**II. ŚRODOWISKO:**

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

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA[[1]](#footnote-2):**

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

1. Płeć: ………………………………….

2. Wiek:………………………………..

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak  / Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu: ………………………………………………………………………………………….…………..…………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

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

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:
   1. ubieranie **Tak  / Nie** ;
   2. korzystanie z toalety **Tak  / Nie** ;
   3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak  / Nie** ;
   4. czesanie **Tak  / Nie** ;
   5. golenie **Tak  / Nie** ;
   6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak  / Nie** ;
   7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak  / Nie** ;
   8. 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** ;
   9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak  / Nie** ;
   10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak  / Nie** ;
   11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak  / Nie** ;
   12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak  / Nie** .
2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
   1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak  / Nie** ;
   2. 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** ;
   3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak  / Nie** ;
   4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
   5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak  / Nie** ;
   6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak  / Nie** ;
   7. 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:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak  / Nie** ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak  / Nie** ;
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak  / Nie** ;
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak  / Nie** ;
   6. 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:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak  / Nie** ;
   2. wyjście na spacer **Tak  / Nie** ;
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak  / Nie** ;
   4. 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** ;
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak  / Nie** ;
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak  / Nie** ;
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak  / Nie** ;
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak  / Nie** ;
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak  / Nie** ;
   10. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak  / Nie** .

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

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak  / Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

**dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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:

1. limitu przyznanych godzin: ……….
2. limitu wykorzystanych godzin: ……….
3. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane: …………………………………………………………….……….

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze 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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH –**

**ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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”), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Hrubieszowie  
   ul. Bolesława Prusa 8, 22-500 Hrubieszów
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną: [iod@gops-hrubieszow.pl](mailto:iod@gops-hrubieszow.pl) lub pisemnie na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej   
   w Hrubieszowie ul. Bolesława Prusa 8, 22-500 Hrubieszów
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania zadań związanych   
   z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c 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 resortowego Programu Ministra Rodziny,Pracy   
   i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 z późn. zm.).
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa np. podmiotom kontrolującym i innym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną oraz podmiotom realizującym świadczenie usług asystencji w imieniu Administratora na podstawie umów które zawarły z Administratorem.
5. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego, czyli państw leżących poza Europejskim Obszarem Gospodarczym ani do organizacji międzynarodowych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora do momentu ustania celowości ich przetwarzania, a następnie przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania   
   i archiwizacji dokumentacji, tj. przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przyznano Pani/Panu usługi asystencji.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora: dostępu do swoich danych osobowych i uzyskania ich kopii zgodnie z art. 15 RODO, do sprostowania danych zgodnie z art. 16 RODO, do usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO, do ograniczenia przetwarzania zgodnie art. 18 RODO, do przenoszenia danych zgodnie z art. 20 RODO, do wniesienia sprzeciwu zgodnie z art. 21 RODO. Ma Pani/Pan również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody. Wymienione powyżej prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy nasza instytucja jest zobowiązana prawnie do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji obowiązku ustawowego lub wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym. Niezależnie od celu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów obowiązującego prawa. Skargę może Pani/Pan wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice   
   i opiekunowie osób niepełnosprawnych.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie karty zgłoszenia do programu bez rozpatrzenia. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych Administrator nie będzie podejmował decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie stosował wobec nich profilowania, stosownie do art. 22 RODO.

…………………………………………………….

(data i podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)

1. Uzupełnienie części III niniejszej Karty jest opcjonalne, tj. uzupełnienie nie jest konieczne. [↑](#footnote-ref-2)