

Regulamin rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021
w Gminie Nowy Żmigród

Podstawa prawna:

- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.).

§1

Postanowienia ogólne

1. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, zwanym dalej „Programem”, jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla:

a) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz

b) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.

2. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem”, mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. W szczególności usługi asystenta mogą polegać na pomocy:

a) wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);

b) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;

c) załatwianiu spraw urzędowych;

d) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;

e) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);

f) wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej w sytuacji, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.

3. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Nowy Żmigród.

4. Jednostką realizującą Program jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie, zwany dalej Ośrodkiem.

§2

Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

1. Usługami asystenta planowane jest objęcie 14 osób, w tym:

- a) 6 dzieci w wieku do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- b) 8 osób dorosłych, w tym 5 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 3 osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Nowy Żmigród w Programie.

2. W przypadku gdy usługa asystenta jest świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta.
3. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2021”, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.
4. Osoby niepełnosprawne lub opiekunowie prawni zgłaszający chęć udziału w Programie wraz z „Kartą zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej* – edycja 2021” są zobowiązani do złożenia oświadczeń według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
5. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie u pracowników socjalnych, przy ul. Mickiewicza 2, 38-230 Nowy Żmigród, w godzinach urzędowania. Nabór będzie otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń, przy uwzględnieniu limitu osób, o którym mowa w pkt 1.
6. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać Kierownik Ośrodka. Listy osób zakwalifikowanych do Programu zatwierdzi Kierownik. Osoby zgłoszone do Programu po zajęciu wszystkich dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
7. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane przez pracowników socjalnych Ośrodka.

§3

Zasady uczestnictwa

w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

1. Osoby niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.
3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji:
 - a) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,
 - b) opiekuna prawnego oraz preferencji dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.
4. Limit godzin usług asystenta wynikający z Programu przypadający na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie, z wyjątkiem:
 - a) dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności - limit godzin usług asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie;
 - b) osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, których rodzice lub osoby spokrewnione pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) - limit godzin usług asystenta na 1 osobę niepełnosprawną wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie;
 - c) uczestników Programu, którzy korzystają z usług asystenta w ramach innych programów lub projektów, tj. łączna liczba godzin usług asystenta dla wszystkich programów/projektów nie może wynosić więcej niż 60 godzin miesięcznie.
5. Zastrzega się, że średnia ilość godzin przypadająca na uczestnika Programu, określona we wniosku na środki finansowe gminy Nowy Żmigród wynosi 20 godzin w miesiącu na osobę.
6. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
7. Usługa asystenta będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym planowanym harmonogramem świadczonych usług asystenta, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
8. Harmonogram, o którym mowa powyżej, będzie ustalany z asystentem do ostatniego dnia roboczego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego dotyczy. W trakcie trwania miesiąca realizacji usługi są możliwe zmiany terminów i wymiaru realizacji usługi.
9. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

Postanowienia końcowe

1. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa w Ośrodku oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Nowy Żmigród.
3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
4. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
5. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Ośrodka.

*Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Żmigrodzie
Aleksandra Mrugał*

**Karta zgłoszenia do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021***

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

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

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

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

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

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

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:.....

E-mail:.....

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

***Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.**

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż:

- 1) jestem/nie jestem* opiekunem, rodzicem lub osobą spokrewnioną pobierającą świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnowałam/zrezygnowałem ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;
- 2) korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez, w wymiarze godzin w miesiącu;
- 3) jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł;
- 4) na asystenta wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

nie wskazuję asystenta.

Miejscowość, data

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

PLANOWANY HARMONOGRAM WYKONANIA USŁUG ASYSTENTA W MIESIĄCU

..... 2021 roku

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

Imię, nazwisko i adres uczestnika Programu:

Realizator usług (asystent):

Planowana data realizacji usług asystenta	Godziny pracy od..... do.....	Uwagi
Planowana ilość godzin w danym miesiącu:		

Data:

.....
podpis asystenta

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021 w Gminie
Nowy Żmigród*

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Karta realizacji usług asystenta Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od do

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

14.				
15.				

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2021 r. wyniosła godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt. , o wartości zł** - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt. , o wartości zł.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 zł miesięcznie***

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie****

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;

**Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

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

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