

## Karta zgłoszenia do Programu

### „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023\*

#### I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. Telefon kontaktowy: .....

4. Data urodzenia: .....

5. Wykształcenie: .....

6. Zawód wyuczony: .....

7. Status na rynku pracy: .....

8. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)

2) dysfunkcja narządu wzroku

3) zaburzenia psychiczne

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: .....

11. Czy porusza się Pan(i):

**W domu**

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

**Poza miejscem zamieszkania**

1) samodzielnie

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?  
.....

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

## II. ŚRODOWISKO:

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

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

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

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

.....  
.....

## III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....  
.....

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

.....

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

.....

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
  - a) pomoc w sprzątnięciu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
  - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ,

- c) myciu okien
- d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)
- f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go
- g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

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

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) wyjście na spacer
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze

- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ,
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)

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

#### IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

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

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

.....  
.....

#### V. OŚWIADCZENIA:

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

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

**KLAUZULA INFORMACYJNA – Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję:

|  |   |
|--|---|
| <b>Administrator danych osobowych</b>  | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu z siedzibą przy ul. Wrocławskiej 250, 63-800 Gostyń, tel. 65 300 22 40, e-mail: mgops@gostyn.pl   |
| <b>Inspektor danych osobowych</b>  | Z inspektorem ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się pod adresem: Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 250, 63-800 Gostyń, e-mail: <a href="mailto:iod@mgopsgostyn.pl">iod@mgopsgostyn.pl</a>   |
| <b>Cele przetwarzania danych osobowych</b>   | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:<br>- zadania realizowanego w interesie publicznym - programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023,<br>- realizacji świadczeń związanych z wykonaniem przedmiotu umowy,<br>- realizacji obowiązków wynikających z umowy,<br>- rozliczenia otrzymanych środków Funduszu lub wypełniania obowiązku prawnego,<br>- archiwizacji dokumentów.   |
| <b>Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych</b>  | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 6 ust. 1 lit. e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z wypełnieniem obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, przyjętego na podstawie z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.   |
| <b>Odbiorcy danych osobowych lub kategorii odbiorców</b>   | Pani/Pana dane osobowe będą przekazane wyłącznie podmiotom, które są uprawnione do ich otrzymania przepisami prawa. Ponadto mogą być one udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielopolskiemu m. in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych oraz podmiotom, z którymi Ośrodek zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu.  |
| <b>Informacje o zamiarze przekazania danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej</b> | Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu nie przekaze Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.   |
| <b>Okres przechowywania danych osobowych lub kryteria ustalenia tego okresu</b>                      | Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, w jakich zostały zebrane, a następnie archiwizowane przez okres wskazany w Rzeczowym wykazie akt Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gostyniu – 10 lat.   |
| <b>Prawa osób, których dane dotyczą</b>  | Posiada Pani/Pan prawo do:<br>1. dostępu do swoich danych osobowych,<br>2. sprostowania swoich danych osobowych,<br>3. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,<br>4. przenoszenia danych osobowych do innego administratora,<br>5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych,<br>6. wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (danych przetwarzanych na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. a RODO),<br>z zastrzeżeniem, że niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniu ze względu na podstawę prawną przetwarzania danych osobowych. |
| <b>Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego</b>                                   | Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.   |
| <b>Obowiązek podania danych osobowych</b>  | Podanie danych osobowych jest niezbędne dla celów związanych z wykonywaniem zadań w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi udział w programie.   |
| <b>Profilowanie danych osobowych</b>   | Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.   |

