

ZARZĄDZENIE NR85... /25
PREZYDENTA MIASTA BIAŁEGOSTOKU
z dnia 29 stycznia 2025 r.

w sprawie określenia Regulaminu rekrutacji do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.¹), w związku z art. 6 ust 1 i 2 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2024 poz.1848) zarządzam co następuje:

§ 1

Zatwierdzam Regulamin rekrutacji do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierzam Zastępcy Prezydenta Miasta Białegostoku nadzorującemu Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA




¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz. U. z 2024 r. poz. 1572, 1907, 1940.

**REGULAMIN REKRUTACJI DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

§ 1

Słownik pojęć

1. **Program** – Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. **Realizator Programu** – Miasto Białystok/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku
ul. Klepacka 18, 15-440 Białystok.
3. **Kandydat** – osoba, która złożyła dokumenty rekrutacyjne, ale nie została jeszcze zakwalifikowana do udziału w Programie.
4. **Uczestnik Programu** – osoba, która spełniła kryteria grupy docelowej określone w Programie oraz w tym Regulaminie i zakwalifikowała się do udziału w Programie.
5. **Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością (AOON)** – osoba, która świadczy usługi asystenckie na rzecz osoby z niepełnosprawnościami.
6. **Usługi asystenckie** – usługi świadczone przez asystentów osobistych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, polegające na wsparciu w wykonywaniu czynności, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego, edukacyjnego.
7. **Osoba z niepełnosprawnością** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 2

Informacje ogólne

1. Usługi asystencji osobistej przyznawane będą na wniosek uczestnika - osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną, decyzją administracyjną wydaną przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku lub inną osobę upoważnioną.
2. Program jest realizowany od dnia zawarcia umów pomiędzy Miastem Białystok



a organizacjami pozarządowymi, jednak nie dłużej niż do 10 grudnia 2025 r.

3. Podstawą realizacji usług jest Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 oraz niniejszy Regulamin.
4. W okresie trwania Programu przewidziano realizację **39 240** godzin.
5. **Liczba miejsc jest ograniczona.**
6. Za udział w Programie Uczestnik nie ponosi odpłatności.

§ 3

Odbiorcy Programu

1. Odbiorcami Programu są osoby mieszkające na terenie Miasta Białystok.
2. O wsparcie asystenta w ramach Programu mogą ubiegać się osoby:
 - a) posiadające znaczny stopień niepełnosprawności,
 - b) posiadające umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - c) dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności,
 - d) posiadające dokument równoważny do wyżej wymienionych,
 - e) które złożyły komplet dokumentów rekrutacyjnych określonych w § 5 ust.1.
3. Zgodnie z Rozdziałem II Programu: „Celem rozpowszechnienia usług asystencji osobistej jest zwiększenie szans osób z niepełnosprawnościami na prowadzenie bardziej niezależnego/samodzielnego i aktywnego życia. W związku z tym Program będzie w szczególności skierowany do osób, które przy wsparciu asystenta zwiększą swoją samodzielność i aktywność w życiu społecznym, zawodowym i edukacyjnym.
4. Program nie jest skierowany do osób, które wymagają świadczenia wyłącznie usług porządkowych, higienicznych i pielęgnacyjnych.

§ 4

Zasady rekrutacji do Programu

1. Rekrutacja do Programu będzie prowadzona na terenie Miasta Białystok.
2. Za przebieg rekrutacji odpowiada Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku (MOPR).
Za realizację usług oraz zatrudnianie Asystentów odpowiadają organizacje pozarządowe, o których mowa w §2 ust.2.
3. Składanie dokumentów rekrutacyjnych jest możliwe w terminie: od **31 stycznia** do **21 lutego 2025r.** Etap ten ma na celu utworzenie listy rankingowej i rozdysponowanie godzin.

4. Rekrutacja zostanie przeprowadzona w następujących etapach :
- a) składanie dokumentów rekrutacyjnych przez Kandydatów do Programu,
 - b) ocena formalna (weryfikacja kompletności dokumentacji),
 - c) ocena punktowa,
 - d) ustalenie głównej listy Uczestników (lista Uczestników zakwalifikowanych do udziału w Programie),
 - e) ustalenie listy rezerwowej (w przypadku rezygnacji Uczestnika z udziału w Programie na jego miejsce zostanie zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej),
 - f) poinformowanie uczestników o wynikach naboru,
 - g) kontakt organizacji pozarządowych z poszczególnymi Uczestnikami.

§ 5

Dokumenty rekrutacyjne

1. Dokumenty, które muszą zostać złożone przez Kandydatów ubiegających się o udział w Programie to:
 - a) Karta zgłoszenia do Programu stanowiąca załącznik nr 1 do Regulaminu,
 - b) Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej stanowiąca załącznik nr 2 do Regulaminu,
 - c) kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego,
 - d) oświadczenie uczestnika o wskazaniu/nie wskazaniu Asystenta stanowiące załącznik nr 3 do Regulaminu,
 - e) klauzula informacyjna RODO stanowiąca załącznik nr 4 do Regulaminu;
 - f) kserokopia wyroku sądu o ubezwłasnowolnieniu (jeżeli dotyczy),
 - g) kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (jeżeli dotyczy).
2. Dokumenty rekrutacyjne muszą być podpisane:
 - a) w przypadku osoby dorosłej, wymagającej wsparcia asystenta: przez tę osobę lub pełnomocnika (konieczny dokument poświadczający)
 - b) przypadku osób niepełnoletnich: przez rodzica lub opiekuna prawnego,
 - c) w przypadku osób ubezwłasnowolnionych: przez opiekuna prawnego lub kuratora (konieczny dokument poświadczający)
3. Dokumenty rekrutacyjne będą dostępne w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku oraz na stronie internetowej: www.mopr.bialystok.pl
4. Kandydaci, którzy złożą niekompletną dokumentację w terminie rekrutacji, nie będą uwzględnieni podczas tworzenia listy rankingowej.
5. Realizator zastrzega sobie, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do Programu.



6. Dokumentacja rekrutacyjna nie podlega zwrotowi i będzie przechowywana w archiwum Realizatora Programu.

§ 6

Przyjmowanie zgłoszeń

1. W celu zgłoszenia do Programu i złożenia kompletu dokumentów należy:
 - a) skontaktować się z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie telefonicznie:
nr telefonu: **85 879 77 07** lub **85 879 77 08** w godzinach: **8:00 – 15:00** lub
 - b) skontaktować się z pracownikiem socjalnym zgodnie z miejscem zamieszkania.
2. Istnieje możliwość aby pracownik socjalny dostarczył Kandydatowi komplet dokumentów zgłoszeniowych do Programu po wcześniejszym kontakcie telefonicznym.

§ 7

Kryteria premiujące

1. Na potrzeby rekrutacji ustalono następujące kryteria premiujące:
 - a) osoba samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich - **6 punktów**,
 - b) osoba wspólnie gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich - **5 punktów**,
 - c) osoba pracująca, prowadząca działalność gospodarczą, uczęszczająca na kursy zawodowe lub szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe – **4 punkty**
 - d) osoba ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca - **4 punkty**
 - e) osoba uczęszczająca do placówki wsparcia dziennego (takiej jak: warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy itp.) – **4 punkty**
 - f) osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (na orzeczeniu są wskazane 2 lub 3 symbole przyczyn niepełnosprawności) - **3 punkty**,
 - g) osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności lub dokument równoważny lub dziecko od 2 do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu - **3 punkty**,
 - h) osoba, która nie jest objęta usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi - **2 punkty**,
 - i) osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności związane z dysfunkcją wzroku – **1 punkt**
 - j) osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym – **1 punkt**
2. O miejscu na liście rankingowej będzie decydować ilość punktów uzyskanych w procesie rekrutacji zgodnie z ust. 1.

3. W pierwszej kolejności rozpatrywane będą zgłoszenia **ze wskazanym przez uczestnika Asystentem przygotowanym do realizacji usług.**
4. W przypadku osób o tej samej liczbie punktów i w podobnej sytuacji życiowej o miejscu na liście rankingowej decyduje data oraz godzina złożenia poprawnej formalnie Karty Zgłoszenia do Programu.
5. Realizator zastrzega sobie prawo do weryfikacji informacji, mających wpływ na ilość uzyskanych punktów. Może to nastąpić poprzez wizytę pracownika socjalnego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub weryfikację dokumentów będących w posiadaniu Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

§ 8

Zasady uczestnictwa w Programie

1. Zgodnie z przyznanymi środkami na realizację zadania dla Miasta Białostok wynoszącymi **1 962 000 zł** limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością wynosi nie więcej niż:
 - a) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
 - b) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne)
 - c) 480 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
 - d) 360 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne)
 - e) 360 godzin rocznie dla 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.
2. Godziny usług asystenckich są przyznawane w okresie ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego.
3. Minimalny czas realizacji usług asystenckich wynosi 1 godzinę zegarową, a maksymalny 12 godzin.
4. Warunkiem realizacji usług asystenckich jest aktywny udział Uczestnika, co oznacza, że Asystent nie wykonuje usługi bez obecności Uczestnika.
5. Usługi asystenckie **nie są realizowane** w czasie gdy Uczestnik Programu korzysta z usług świadczonych na terenie:



- a) domu pomocy społecznej, rodzinnego domu pomocy, środowiskowego domu samopomocy,
- b) warsztatu terapii zajęciowej,
- c) zakładu aktywności zawodowej,
- d) placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością,
- e) innych placówek pobytu dziennego dla osób z niepełnosprawnością

§ 9

Rezygnacja z udziału w Programie

1. Uczestnik ma prawo w każdej chwili zrezygnować z udziału w Programie.
2. Uczestnik, który chce zrezygnować z udziału w Programie, jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o tym MOPR i organizację pozarządową świadczącą dla niego usługi asystenckie.
3. Uczestnik składa rezygnację w formie pisemnej, umieszczając na niej własnoręczny podpis oraz informację o dacie zakończenia udziału w Programie.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia i obowiązuje przez czas trwania Programu.
2. Regulamin dostępny jest w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku oraz na stronie internetowej: www.mopr.bialystok.pl
3. Realizator Programu zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do tego regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych postanowień. Informacja o aktualizacji regulaminu zostanie opublikowana na stronie Realizatora Programu.
4. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie ostatecznie decyduje Realizator Programu.

WZ. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Załączniki

Załącznik nr 1 – Karta zgłoszenia do Programu,
Załącznik nr 2 – Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej,
Załącznik nr 3 – Oświadczenie uczestnika o wskazaniu Asystenta,
Załącznik nr 4 - Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPR

Numer karty:

Organizacja:

Łączna ilość przyznanych godzin w 2025 roku:

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Telefon kontaktowy	
Status na rynku pracy	
Adres zamieszkania	Ulica:
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:
II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI DOTYCZY):	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres osoby z niepełnosprawnością
	Ulica
	Numer budynku/lokalu:
	Kod pocztowy:
	Miejscowość:
III. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:	
Grupa/stoień niepełnosprawności	

Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> dysfunkcje o podłożu neurologicznym <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy i słuchu <input type="checkbox"/> pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
IV. ŚRODOWISKO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:	
W domu porusza się Pan(i):	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. jakich? <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan(i):	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. jakich? <input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak , to jakiego typu wsparcie?
Czy jest Pani(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pani(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?	
V. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:	
Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek:
	Inne (np.: zainteresowania, posiadane umiejętności):

Czy wskazuje Pan(i) asystenta?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli tak , proszę podać jego: imię i nazwisko: numer telefonu:
Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?	
Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? godzin miesięcznie
VI. INFORMACJE DODATKOWE:	
Aktywność zawodowa:	osoba pracująca, prowadząca działalność gospodarczą, uczęszczająca na kursy zawodowe lub szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	osoba ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy uczęszcza Pan(i) do placówki wsparcia dziennego?	(np. warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan(i) objęty(a) usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

ZAKRES CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent:

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

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

2. Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- 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,
- dokonywanie bieżących zakupów (towarzystwo 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),
- 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
- utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, golarka, etc.),
- pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawaniu i odbiorze z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością),
- podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go,
- 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:

- pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością,
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym,
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym,
- pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z autobusu, samochodu i innych środków transportu,
- asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami,
- transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.

4. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń
- wyjście na spacer
- asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
- 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,
- pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy,
- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się,
- notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze,
- pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.,
- wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
- w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Białystok, dnia

.....
Czytelny podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....
(data i czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby składającej Kartę zgłoszenia w jej imieniu)



VII. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a):

- a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- b) z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,
- c) z treścią Klauzuli Informacyjnej RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 – zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu Realizacji Programu.

2. Oświadczam że:

- a) w celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług,
- b) 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 2024 r. poz. 1283 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 dziale IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych,
- c) w przypadku wskazania osoby asystenta w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, osoba ta przygotowana jest do świadczenia mi usług asystencji osobistej oraz posiada minimum 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
- d) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować realizatora Programu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....
(data i czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby składającej oświadczenia w jej imieniu)



WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY MOPR

Czy osoba korzysta z innych form wsparcia w MOPR? – wypełnia pracownik socjalny

Tak Nie

Jeżeli **Tak**, proszę wskazać z jakich

.....
Podpis pracownika socjalnego

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

Tak Nie

Jeżeli **Nie**, proszę wskazać przyczynę

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

wz. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA
Rudnicki

KARTA ZAKRESU CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPR

Numer karty:

Organizacja:

Imię i Nazwisko uczestnika:

Łączna ilość przyznanych godzin w 2025 roku:

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- ubieranie,
- korzystanie z toalety,
- mycie głowy, mycie ciała, kąpiel,
- czesanie,
- golenie,
- wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu,
- obcinanie paznokci rąk i nóg,
- zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku,
- zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń,
- zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych,
- przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę),
- sianie łóżka i zmiana pościel.

2. Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- 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,



- 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),
- 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
- utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, golarka, etc.),
- pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawaniu i odbiorze z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością),
- podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go,
- 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:

- pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością,
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym,
- pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym,
- pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z autobusu, samochodu i innych środków transportu,
- asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami,
- transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta.

4. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń
- wyjście na spacer
- asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
- 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,
- pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy,
- wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się,
- notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze,
- pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.,
- wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością,
- w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.


Rafał Rudnicki
 ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Białystok, dnia.....

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – EDYCJA 2025

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej
4. Do realizacji usług asystenckich dla mnie/mojego podopiecznego/mojego dziecka:

Wskazuję asystenta

Nie wskazuję asystenta

Na Asystenta Wskazuję Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko wskazywanego Asystenta

.....
adres zamieszkania Asystenta

.....
numer PESEL Asystenta

.....
adres e-mail Asystenta

.....
telefon kontaktowy do Asystenta



Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

- nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, zięcia, teściów, synową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
- nie zamieszkuje razem ze mną/z uczestnikiem Programu;
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie (*niepotrzebne skreślić*) oraz posiada minimum 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Oświadczam, również że (zaznaczyć właściwe):

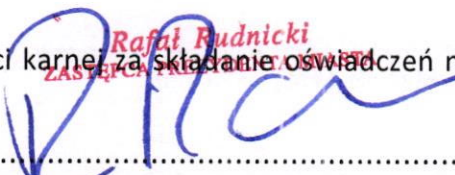
- korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot w wymiarze średnio:
..... godzin miesięcznie.
- nie korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot.
- oświadczam, że zapoznałem się i zaakceptowałem regulamin programu.

Oświadczam również, że w tych samych godzinach, w których świadczone będą usługi asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, realizowanego przez Miasto Białystok i Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.), a także usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi analogiczne finansowane z innych źródeł. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu tj., o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich. **wz. PREZYDENTA MIASTA**

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA



.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego



Załącznik nr 4 do Regulaminu
zgodnie z załącznikiem nr 15 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2025

WZÓR

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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@mrpips.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 do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: 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 2025: 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 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14

ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją..

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

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 2025, 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, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

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 2025.

WA. PREZYDENTA MIASTA
Rafał Rudnicki
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA