**Regulamin Udziału**

**Mieszkańców Gminy Łapy w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnoprawnością ”** **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**§ 1**

1. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego jest Programem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest dofinansowany z Funduszu Solidarnościowego.
2. Głównym celem Programu jest zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób z niepełnosprawnościami.
3. Rekrutacja prowadzona będzie przez Centrum Usług Społecznych w Łapach – realizatora Programu w gminie Łapy. Informacja o rekrutacji do projektu będzie rozpowszechniana podczas promocji projektu. Kanałami informacyjnymi będą ulotki, plakaty umieszczone w różnych częściach gminy, Urzędzie Miejskim, CUS w Łapach, placówkach wsparcia dziennego, czyli w miejscach gdzie często bywają potencjalni uczestnicy projektu oraz dostarczane bezpośrednio przez pracowników CUS w Łapach, na stronach Gminy Łapy i CUS Łapy: [www.lapy.pl](http://www.lapy.pl), [www.cuslapy.pl](http://www.cuslapy.pl), w Gazecie Łapskiej. Środki przekazu wykorzystane w procesie rekrutacji zostaną przygotowane tak, aby zapewnić dostępność do rekrutacji osobom z niepełnosprawnością. W sytuacji problemów w rekrutacji wykorzystane zostaną inne kanały, takie jak np. parafie.
4. Pierwsza rekrutacja odbędzie się od 17 grudnia do 31 grudnia 2024r. W przypadku zrekrutowania niewystarczającej liczby osób, rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły i odbywać się będzie poprzez rejestrację zgłoszeń w siedzibie CUS w Łapach wraz z dokumentami potwierdzającymi fakt spełnienia kryteriów formalnych udziału w projekcie zgodnym z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 zatwierdzonym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
5. W przypadku zgłoszenia się większej ilości osób niż planowano zostanie stworzona lista osób oczekujących.
6. W zależności od potrzeb i posiadanych środków finansowych możliwe jest przeprowadzenie dodatkowych rekrutacji do projektu.

**§ 2**

Uczestnikami Programu mogą zostać osoby zamieszkujące na terenie miasta i gminy Łapy:

1. dzieci od ukończenia 2. roku życia 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 z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie :
3. o znacznym stopniu niepełnosprawności albo,
4. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
5. 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**§ 3**

1. W ramach Programu planuje się zrekrutować 33 uczestników:
2. dzieci od ukończenia 2. roku życia do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności
3. osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
4. osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne).
5. Ilość uczestników Programu oraz asystentów osobistych osób niepełnosprawnych może ulec zmianie.
6. W ramach Programu planowane jest zatrudnienie asystentów osobistych osoby z niepełnosprawnością ze wskazania przez uczestników Programu podczas rekrutacji zgodnie z rozdziałem IV pkt. 4 ust. 3 Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2025, w zakresie Świadczenia usług asystenckich.
7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż :
8. 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
* o znacznym stopniu niepełnosprawności,
* traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
1. 360 godzin rocznie dla:
* osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
* dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.
1. Zakres godzinowy będzie uzależniony od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika.
2. Godziny wsparcia dla zakwalifikowanych uczestników Programu przyznawane będą zgodnie z Wnioskiem gminy Łapy na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2025 w ramach Funduszu Solidarnościowego oraz na podstawie Umowy zawartej między Gminą Łapy i Wojewodą Podlaskim na realizację zadania.
3. Z usługi asystencji osobistej u jednego asystenta, w tym samym czasie będzie mógł korzystać jeden uczestnik.

**§ 4**

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem :
2. posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
3. 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
4. wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego ( w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego — edycja 2025, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.
5. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 1, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu.
6. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

**§ 5**

1. W celu uczestnictwa w Programie wymagane jest złożenie następujących dokumentów:
2. Uczestnik Programu:
3. Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (załącznik nr 7 do Programu);
4. Karta zakresu czynności w ramach usługi asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 - (załącznik nr 8 do Programu);
5. Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (załącznik nr 15 do Programu);
6. Informacja Administratora w związku z przetwarzaniem danych osobowych (załącznik nr 1 do Regulaminu);
7. kserokopia 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;
8. Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub opiekuna prawnego wskazujące wybór asystenta mającego świadczyć usługi wraz z oświadczeniami (załącznik nr 2 do Regulaminu):
* że wskazany asystent nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem,
* że wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,
* że uczestnik jest świadomy, że nie ponosi odpłatności za usługi asystencji osobistej.
1. Karta kwalifikacji pierwszeństwa do Programu (załącznik nr 3 do Regulaminu).
2. Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością:
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje w następujących zawodach i specjalnościach : asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym zgodne z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

lub

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie co najmniej 6-miesięcznego, udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu. Posiadanie doświadczenia, o którym mowa może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być również osoba fizyczna, (a więc nie tylko osoba prawna, czy jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej), która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością.
2. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest- pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.
3. Prawa i obowiązki Uczestnika Programu:
4. Uczestnik ma możliwość wyboru osoby świadczącej usługi asystencji osobistej oraz prawo przedstawienia swoich oczekiwań co do zakresu usług.
5. Uczestnika i Asystenta powinna łączyć profesjonalna relacja wzajemnego szacunku i zaufania.
6. Praca Asystenta ma na celu kompensację ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością Uczestnika, stymulowanie do podejmowania aktywności życiowej i społecznej.
7. Korzystanie z usług Asystenta oznacza wyrażenie zgody przez Uczestnika na udzielanie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usługi.
8. Uczestnik nie ponosi żadnych kosztów za usługi asystenckie świadczone w ramach Programu.
9. Uczestnik jest zobowiązany do każdorazowego odbioru usługi świadczonej przez Asystenta, poprzez podpisywanie kart realizacji usługi asystencji osobistej, która jest załącznikiem nr 9 do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025.
10. Uczestnik ma prawo zgłosić wszelkie sytuacje trudne we współpracy z Asystentem bezpośrednio do koordynatora projektu w Centrum Usług Społecznych w Łapach.
11. Uczestnik ma obowiązek wspólnie z Asystentem stworzyć miesięczny plan usług na każdy miesiąc kalendarzowy wsparcia.
12. Prawa i obowiązki Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością:
13. Realizując usługi Asystent kieruje się zasadami:
* akceptacji opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności,
* swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika Programu,
* indywidualizacji, podmiotowego podejścia z jej prawami i potrzebami,
* prawa do samostanowienia, prawo do wolności i odpowiedzialności za swoje życie,
* poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika Programu bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
* neutralności, zachowanie bezstronności i niewyrażające ocen,
* usługi asystenckie realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez asystentów oraz odbiorców usług,
* dobra rodziny i poszczególnych jej członków.
1. Asystent nie pobiera żadnych odpłatności za realizowaną usługę od uczestnika Programu.
2. Asystenci nie świadczą i nie wykonują czynności medycznych.
3. Asystent nie angażuje się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych odbiorcy usługi w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
4. Asystent nie ma prawa świadczyć usług bez wcześniejszego uzgodnienia realizacji usług z realizatorem Programu i podpisaniu umowy.
5. Realizator Programu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usług, wynikające z działania osób niezatrudnionych przy realizacji usług.
6. Asystent ma obowiązek wspólnie z Uczestnikiem Programu stworzyć miesięczny plan usług na każdy miesiąc kalendarzowy wsparcia i dostarczyć pierwszego dnia roboczego miesiąca do koordynatora programu, przed rozpoczęciem świadczenia usług.
7. Asystent ma obowiązek informować koordynatora Programu na bieżąco o wszystkich zmianach w miesięcznym planie usług telefonicznie lub osobiście.
8. Pozostałe prawa i obowiązki reguluje umowa zawarta między realizatorem Programu a Asystentem.

**§ 6**

1. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje realizator.
2. Asystentem nie może być członek rodziny uczestnika Programu, opiekun prawny uczestnika lub osoba fizyczna zamieszkująca razem z uczestnikiem.
3. 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**

1. Zgłoszenia będą poddawane ocenie przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez dyrektora CUS w Łapach w oparciu o złożone dokumenty.
2. Nie spełnienie kryteriów o których mowa w § 2 niniejszego Regulaminu wyklucza z dalszego procesu rekrutacji.
3. O zakwalifikowaniu do Programu bądź wpisaniu na listę rezerwową osoby zostaną poinformowane przez Beneficjenta pisemnie.
4. Za rekrutację uczestników oraz potwierdzenie uprawnień do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej odpowiada komisja rekrutacyjna.
5. Komisja rekrutacyjna badając sytuację może przyznać do 5 punktów dodatkowych za szczególnie trudną sytuację uczestnika.
6. Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu podejmuje dyrektor CUS lub zastępca dyrektora CUS.
7. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi.
8. W wyniku procesu rekrutacji zostaną utworzone listy osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w Programie tj. lista uczestników programu oraz listą osób wpisanych na listę rezerwową.

**§ 8**

1. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem mają zastosowanie zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 zatwierdzony przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz obowiązujące przepisy prawa.

**Załącznik nr 1** do Regulaminu Udziału Mieszkańców Gminy Łapy

w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

 – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

**Informacja Administratora w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

**– zgodnie z art. 13 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 (zwanego dalej RODO)**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych w Łapach, reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą przy ul. Głównej 50, 18-100 Łapy, tel. +48 (85) 715 25 50, e-mail: kontakt@cuslapy.pl
2. Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, może się Pani/Pan kontaktować za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: kontakt@cuslapy.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, na podstawie art. 6 ust. 1 lit c, art. 6 ust. 1 lit e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby upoważnione przez Administratora, dostawcy usług pocztowych i kurierskich, dostawcy usług informatycznych Administratora, obsługa prawna administratora oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w szczególności dane mogą być udostępnione Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Podlaskiemu do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru.
5. 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.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, sprostowania danych, usunięcia danych oraz ograniczenia przetwarzania danych.
7. Gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wzięcia udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
9. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

**Załącznik nr 2** do Regulaminu Udziału Mieszkańców Gminy Łapy

w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

 – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

Łapy, dnia ………………

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO- EDYCJA 2025

Oświadczam, że:

[ ]  **Wybieram asystenta**

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną
* jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

[ ]  **Nie wybieram asystenta**

1. Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminem Udziału Mieszkańców Gminy Łapy w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnoprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. 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 2023 r. poz. 901, z późn. zm.) i 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.
3. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
4. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
5. Oświadczam, że ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością, akceptuję osobę asystenta wskazanego przez realizatora Programu.

| …………………………………………………………………… |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |

**Załącznik nr 3** do Regulaminu Udziału Mieszkańców Gminy Łapy

w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

 – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

**KARTA KWALIFIKACJI PIERWSZEŃSTWA UCZESTNIKA
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025**

**Imię i nazwisko Uczestnika ……….…………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA** | **ODPOWIEDŹ\*** |
| **TAK** | **NIE** |
|  | Czy Uczestnik mieszka na terenie gminy Łapy? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest dzieckiem od ukończenia 2. roku życia 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? (0-2 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)? (0-2 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik porusza się z pomocą wózka inwalidzkiego?(0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą samotną, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą wspólnie zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością lub z osobą powyżej 60 roku życia? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy w związku z opieką nad Uczestnikiem są pobierane świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy/zasiłek dla opiekuna? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik mieszka na obszarze wiejskim? (0-1 pkt.) |  |  |
|  | Czy Uczestnik jest osobą korzystającą z innej formy pomocy i wsparcia osób z niepełnosprawnością? (Dzienny Dom Senior +, Klub Senior +, Środowiskowy Dom Samopomocy, Centrum Opiekuńczo- Mieszkalne, usługi opiekuńcze w tym specjalistyczne i inne)? (0-1 pkt.) |  |  |

Opis trudnej sytuacji uczestnika (pole nieobowiązkowe) (0-5 pkt.) : ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………......………………………………………………………………………………………………...………………………………………………..............

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

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

(podpis Uczestnika/opiekuna prawnego)

1. Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki

Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz

zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy

wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)