



Regulamin Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

I. Zasady ogólne

1. Usługi asystenckie, zwane dalej „usługami”, realizowane są na terenie m.st. Warszawy. W przypadku konieczności dojazdu odbiorcy usług poza Warszawę, usługi mogą być świadczone w odległości nie większej niż do 20 km od granic administracyjnych m.st. Warszawy.
2. Usługi asystenckie są realizowane zgodnie z Programem „Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, zwanym dalej Programem.
3. Odbiorcami usług asystenckich, zwanymi dalej „**uczestnikami Programu**” osoby zamieszkujące teren m.st. Warszawy:
 - 1) posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionych;
 - 2) oraz dzieci do 16 r. ż posiadające orzeczenie o niepełnosprawności;zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
4. Realizatorem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021 jest Fundacja La Fontaine.
5. Usługi świadczone są przez asystentów osobistych osób z niepełnosprawnością, zatrudnionych przez Realizatora.
6. Do obsługi programu Realizator wyznacza osoby odpowiedzialne m.in. za przyjmowanie zgłoszeń od uczestników i przygotowanie grafiku pracy.
7. Realizator usług - podmiot realizujący usługi asystenckie jest zobowiązany do przechowywania dokumentacji Programu oraz przekazywania podpisanych comiesięcznych zestawień z jego realizacji (załącznik nr 6)
8. Świadcząc usługi realizator kieruje się poniższymi zasadami:
 - 1) Akceptacja – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru, wartości i celów życiowych odbiorców usług,
 - 2) Indywidualizacja – podmiotowe podejście do odbiorcy usług, jego niepowtarzalnej osobowości, z prawami i potrzebami,
 - 3) Poufność – respektowanie prywatności tj. nieujawniania również członkom najbliższej rodziny informacji przekazanych przez odbiorcę oraz nie wchodzenie

w posiadanie informacji dotyczących odbiorcy usług od osób trzecich, w tym rodziny, bez jego wiedzy i zgody (z wyłączeniem sytuacji wynikających z obowiązujących przepisów prawa),

- 4) Prawo do samostanowienia – prawo do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji wymagających ratowania zdrowia i życia odbiorcy),
 - 5) Neutralność - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez asystentów oraz uczestników Programu, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.
 - 6) Dobro rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego uczestnika Programu w sposób zaproponowany przez odbiorcę lub uzgodniony z nim, z osobą upoważnioną bądź opiekunem prawnym, w przypadku kiedy uczestnik Programu nie jest w stanie wyrazić swojej woli
9. Realizator dba o odpowiednie wykształcenie i przygotowanie kadry do realizacji usług.
10. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w trakcie świadczenia usług, które wynikają z działania osób niezatrudnionych w celu świadczenia usług.
11. Realizator ma prawo odmówić realizowania usług:
- 1) w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu uczestnika Programu i asystentów lub osób trzecich,
 - 2) w sytuacjach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa,
 - 3) o charakterze wyłącznie pielęgnacyjnym i higienicznym,
 - 4) bez aktywnego udziału uczestnika Programu. W sytuacji, gdy brak aktywności spowodowany jest poważnym kryzysem kondycji psychofizycznej, asystent proponuje uczestnikowi Programu wsparcie w uzyskaniu odpowiedniej pomocy.

II. Zakres usług

1. Przemieszczenie się do miejsca i/lub z powrotem:
 - 1) do lekarza, na zabiegi z zakresu fizjoterapii lub zabiegi fizjoterapeutyczne,
 - 2) na zajęcia terapeutyczne,
 - 3) w wybrane przez odbiorcę miejsce (np. urząd, praca, dom, dworzec, lotnisko, miejsce spotkania z rodziną i znajomymi, siedziba placówki/organizacji, do której odbiorca należy lub chce należeć),
 - 4) do szkoły, na uczelnię, na kursy i szkolenia zawodowe;
2. poza domem:
 - 1) w sprawach urzędowych,

- 2) poprzez towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, koncert itp.),
 - 3) poprzez towarzyszenie w korzystaniu z zajęć i obiektów sportowych i rekreacyjnych (np. pływalnia, siłownia itp.) tj. pomoc do momentu rozpoczęcia zajęć (np. pomoc w przygotowaniu się do zajęć, założenie kostiumu), a także po ich zakończeniu – według potrzeb,
 - 4) w komunikowaniu się z otoczeniem,
 - 5) w jednorazowych zakupach okazjonalnych (np. ubrań, obuwia, sprzętu elektronicznego), przy zastrzeżeniu aktywnego uczestnictwa odbiorcy usług (jednorazowo asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze do 5 kg);
3. w domu:
- 1) w pisaniu i czytaniu pism, listów osobom niewidomym, z wadą słuchu posiadającym trudności w posługiwaniu się językiem polskim oraz niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego;
 - 2) w zadaniach sprawiających dużą trudność odbiorcy usług przy aktywnym jego udziale w wykonywanej czynności;
 - 3) w czytaniu prasy, książek, korespondencji osobom niezdolnym z uwagi na posiadaną niepełnosprawność do samodzielnego czytania;
 - 4) w korzystaniu z technologii (np. pomoc w wykonywaniu połączeń telefonicznych, korzystaniu z komputera);
 - 5) w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu (np. gry planszowe, rozwijanie pasji).
4. Czynności towarzyszące wykonywane wyłącznie w charakterze dodatkowym i niezbędnym podczas trwania usługi asystenckiej:
- 1) zakładaniu/zdejmowaniu odzieży wierzchniej;
 - 2) pielęgnacyjnych i higienicznych (np. pomoc w skorzystaniu z toalety, asystowanie przy przejściu odbiorcy na wózek/fotel);
 - 3) przygotowaniu i podaniu drobnego posiłku lub napoju;
 - 4) zakupach (do 5 kg).
- Czas realizacji usług towarzyszących nie przeważa nad czasem świadczenia usług asystenckich.
5. Asystent ma prawo odmówić realizacji usług wyłącznie higienicznych i pielęgnacyjnych.
 6. Asystent nie może podawać leków. Aplikowanie leków jest czynnością medyczną realizowaną przez osoby wykonujące zawody medyczne. Wykonywanie zaleceń lekarskich, w tym podawanie leków, zgodnie z obowiązującymi przepisami należy do kompetencji m.in. pielęgniarki.
 7. Asystent podczas realizacji usługi nie wykonuje czynności medycznych (np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, zmiana pozycji ułożeniowej, toaleta przeciwoleżynowa).¹

¹ W przypadku naruszenia prawa, zgodnie z Art. 84. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej „Kto bez wymaganego prawa wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12, podlega karze grzywny.” (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039)

8. Usługi asystenckie nie są realizowane w placówkach, które zapewniają całodobową opiekę (np. DPS, ZOL), w placówkach rehabilitacji (np. WTZ), w placówkach edukacyjnych (np. szkoła), ponieważ te co do zasady winny zapewnić niezbędną opiekę beneficjentom placówek, zgodnie z zapisami w ich statucach i regulaminach.
9. Każda usługa jest realizowana przy aktywnym uczestnictwie odbiorcy usług.
10. Usługi są realizowane zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika programu, z uwzględnieniem, Regulaminu i Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021 oraz posiadanych aktualnie przez realizatora możliwości organizacyjnych i finansowych.
11. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz odbiorcy usług.
12. Asystent nie podejmuje decyzji za odbiorcą usługi, jego rolą jest pomoc w jej podjęciu i dalszej realizacji, głównie w obszarach społecznym, edukacyjnym i zawodowym.
13. Usługi asystenckie nie są usługami opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zdefiniowanymi w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2020 r. poz.1876).
14. 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) oraz usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego. Uczestnik zobowiązany jest wypełnić stosowne oświadczenie (zał nr 7)

III. Obszar działania

1. Usługi asystenckie realizowane są wyłącznie na rzecz mieszkańców i mieszkanek m.st. Warszawy, na terenie Warszawy.

IV. Ramy czasowe realizacji usług

1. Usługi są realizowane 7 dni w tygodniu w godzinach 8.00 – 22.00; w uzasadnionych przypadkach godziny i dni wykonywania usług mogą zostać zmienione.
2. Odbiorca usług może korzystać z usług w wymiarze śr. 30 godzin w miesiącu. Za godzinę uznaje się 60 minut usługi.
3. W przypadku braku możliwości zrealizowania usług w umówionym terminie realizator powiadamia odbiorcę i uzgadnia nowy termin realizacji usługi.
4. Usługi nie są realizowane w święta określone w przepisach ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz.U.2020 poz. 1920).

V. Odpłatność za usługi

1. Usługi są świadczone bezpłatnie.

VI. Procedura zgłaszania do programu oraz przyjmowanie zgłoszeń w zakresie zapotrzebowania na usługi

1. Osoba, która przystępuje do programu pierwszy raz zobowiązana jest dostarczyć uzupełnioną i podpisaną Kartę Zgłoszenia (Załącznik nr 1. Karta Zgłoszenia) realizatora zadania tj. Fundacji La Fontaine lub uzupełnić ją w trakcie realizacji pierwszej usługi.
2. Osoba przystępująca do programu i reprezentant realizatora pisemnie potwierdzają akceptację regulaminu. Jeśli osoba przystępująca do programu ma trudności z zapoznaniem się i/lub podpisaniem tych dokumentów, reprezentant realizatora oferuje zorganizowanie wsparcia w tym zakresie.
3. Podczas przekazania Karty Zgłoszenia odbiorca usług dostarcza kserokopię realizatorowi lub asystentowi dokumenty wskazane w Karcie Zgłoszenia. Realizator lub asystent potwierdza uprawnienie do korzystania z usług własnoręcznym podpisem na Karcie Zgłoszenia.
4. Odbiorca usług zobowiązany jest zgłaszać realizatorowi każdą zmianę danych zawartych w Karcie Zgłoszeniowej.
5. Karta Zgłoszenia powinna być przekazana przez odbiorcę do Realizatora najpóźniej podczas pierwszego spotkania z asystentem.
6. Zgłoszenia zapotrzebowania na usługi przyjmowane są przez realizatora drogą pisemną, telefoniczną, elektroniczną pod adresem: a.dyla@fundacjafontaine.org, tel. 575 866 880
7. Zgłoszenia są przyjmowane w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-17.00
8. Zgłoszenia mogą dokonać inne podmioty i osoby m.in.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej, podmioty zewnętrzne działające na zlecenie m.st. Warszawy, asystenci. Dla skuteczności zgłoszenia konieczne jest wyrażenie zgody osoby z niepełnosprawnością na korzystanie z usług. Wyrażenie zgody może zostać potwierdzone w czasie pierwszej wizyty asystenta, o czym mowa w ust. 1.
9. Określenie godzin, zakresu i sposobu realizowanych usług następuje między realizatorem, a odbiorcą lub osobą przez niego upoważnioną.
10. Asystent nie jest upoważniony do przyjmowania zgłoszeń, ustalania czasu i zakresu usług. W uzasadnionych przypadkach w obecności odbiorcy, asystent może w jego imieniu przekazać zgłoszenie realizatorowi.
11. W przypadku konieczności rezygnacji lub przesunięcia terminu usługi, odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym realizatora na przynajmniej 6 godzin przed planowanym rozpoczęciem usługi.

VII. Sposób realizacji usługi

1. Usługi są realizowane przez asystentów lub inne upoważnione osoby wskazane przez realizatora usług.
2. Asystent legitymuje się dokumentem wydanym przez realizatora (Załącznik nr 5 Legitymacja asystenta).
3. Usługi są realizowane w czasie i zakresie ustalonym pomiędzy realizatorem, a odbiorcą.

4. Usługi są realizowane na zasadzie współdziałania odbiorcy i asystenta.
5. Praca asystenta ma na celu kompensację ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością odbiorcy, stymulowanie do podejmowania aktywności i samodzielności.
6. Prócz spraw bieżących podczas usługi podejmowane są działania zmierzające do trwałej poprawy sytuacji i funkcjonowania odbiorcy.
7. W uzasadnionych przypadkach asystent sam lub z osobą upoważnioną – wskazaną w Karcie Zgłoszenia, planuje szczegółowe zajęcia na czas usługi. Asystent uzyskuje zgodę odbiorcy zarówno na zaplanowanie, jak i realizację zaplanowanej przez asystenta usługi.
8. Usługa rozpoczyna się w miejscu i o godzinie wskazanych w Karcie realizacji i rozliczenia usług. Usługa kończy się potwierdzeniem wykonanej przez asystenta pracy podpisaniem Karty przez odbiorcę.
9. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług, czynności podejmowane w trakcie spotkań asystenta z odbiorcą poddawane są kontroli i są monitorowane przez realizatora.

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 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.

**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.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (W ZWIĄZKU Z UCZESTNICTWEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2021)

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych.

1. Administratorem danych osobowych jest:

Fundacja „La Fontaine” ul. Wandy Rutkiewicz 2, 02-956 Warszawa,
tel.: 796 660 688, e-mail: kontakt@fundacjalafontaine.org

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach uzyskania informacji dotyczącej usług świadczonych przez Fundację „La Fontaine”;

3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO, (tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda);

4. odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy administratora oraz osoby przez niego upoważnione;

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 lat;

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem;

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do udzielenia informacji na temat usług świadczonych przez Fundację „La Fontaine”.

Schemat rozmowy z odbiorcą przed przyznaniem usługi

1. Dane odbiorcy usług:.....
2. Imię i nazwisko:
3. Opis niepełnosprawności:
 - a) Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie o niepełnosprawności?
 - O znacznym stopniu niepełnosprawności
 - O umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - O zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej
 - O zaliczeniu II grupy inwalidzkiej
 - O całkowitej niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji
 - O całkowitej niezdolności do pracy
 - O stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
 - Inny dokument potwierdzający niepełnosprawność
Jaki?.....
 - b) Przyczyna niepełnosprawności/dysfunkcja:
 - Ruchowa
 - Intelktualna
 - Narządu wzroku
 - Narządu słuchu
 - Choroby neurologiczne
 - Choroby psychiczne
 - Niepełnosprawność sprzężona
 - Inne.....
 - c) Szczególne zachowania odbiorcy, o których asystent powinien wiedzieć przed rozpoczęciem usługi (obawa przed psem, kobietą/mężczyzną, uciekanie, agresja w konkretnych sytuacjach)
.....
4. Sprzęty specjalistyczne, z których korzysta odbiorca (w tym waga i parametry techniczne):
.....
5. Bariery architektoniczne (np. czy blok i miejsce docelowe są dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością)?

.....
6. Zapotrzebowanie na usługę:

a) W jakich czynnościach potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta?

w domu

- w pisaniu i czytaniu pism, listów osobom niewidomym, z wadą słuchu posiadającym trudności w posługiwaniu się językiem polskim oraz niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego;
- w zadaniach sprawiających dużą trudność odbiorcy usług przy aktywnym jego udziale w wykonywanej czynności;
- w czytaniu prasy, książek, korespondencji osobom niezdolnym do samodzielnego czytania;
- w korzystaniu z technologii (np. pomoc w wykonywaniu połączeń telefonicznych, korzystanie z komputera);
- w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu (np. gry planszowe, rozwijanie pasji).

poza domem

- w sprawach urzędowych;
- poprzez towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, koncert itp.);
- poprzez towarzyszenie w korzystaniu z zajęć i obiektów sportowych i rekreacyjnych (np. pływalnia, siłownia itp.) tj. pomoc do momentu rozpoczęcia zajęć (np. pomoc w przygotowaniu się do zajęć, założenie kostiumu), a także po ich zakończeniu – według potrzeb;
- w komunikowaniu się z otoczeniem;
- w jednorazowych zakupach okazjonalnych (np. ubrań, obuwia, sprzętu elektronicznego), przy zastrzeżeniu aktywnego uczestnictwa odbiorcy usług (jednorazowo asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze do 5 kg).

w przemieszczaniu się do miejsca i/lub z powrotem

- do lekarza, na zabiegi z zakresu fizjoterapii lub zabiegi fizjoterapeutyczne,
- na zajęcia terapeutyczne;
- w wybrane przez odbiorcę miejsce (np. urząd, praca, dom, dworzec, lotnisko, miejsce spotkania z rodziną i znajomymi, siedziba placówki/organizacji, do której odbiorca należy lub chce należeć).
- do szkoły, na uczelnię, na kursy i szkolenia zawodowe;
- inne miejsce? Jakie?.....

b) Jak często potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta i w jakim wymiarze godzin?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 w tygodniu | <input type="checkbox"/> 0,5-2 h |
| <input type="checkbox"/> 2 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> 3-5 h |
| <input type="checkbox"/> 3 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> 6-8 h |
| <input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> 9-10 h |
| <input type="checkbox"/> 5 razy w tygodniu | |
| <input type="checkbox"/> Inny: Jaki?..... | |

7. Preferencje względem asystenta:

- Brak Kobieta Mężczyzna

Legitymacja asystenta

LOGO	Nazwa i adres realizatora lub pieczęć realizatora
Zdjęcie	Nr Legitymacji
Imię i nazwisko	
Asystent osoby z niepełnosprawnością	
Dane kontaktowe: Nr telefonu: e-mail:	
W przypadku znalezienia legitymacji prosimy o kontakt pod nr	

Zestawienie miesięczne



Zał_nr_6_Zestawienie_
miesięczne.xlsx

Załącznik nr 7

Oświadczenie

W czasie korzystania z usług w ramach Programu nie będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020r. poz. 1876.), a także usługi, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

Przez cały okres trwania Programu będę korzystał z usług świadczonych przez tego samego Realizatora. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się zmianę Realizatora, ale po zakończeniu miesiąca kalendarzowego.

.....

Data i podpis Uczestnika/opiekuna prawnego