

## REGULAMIN OKREŚLAJĄCY ZASADY REALIZACJI PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2021

### § 1

#### Postanowienia ogólne

1. Program „Asystent osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, zwany dalej „Programem” realizowany jest przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzowie na podstawie zawartej umowy w sprawie wysokości i trybu przekazywania w 2021 roku środków Funduszu Solidarnościowego, zwanego dalej „Funduszem” na realizację zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu „Asystent osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021.
3. Program jest skierowany do mieszkańców Chorzowa i będzie realizowany od dnia 1 kwietnia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.
4. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia.
5. Usługi asystenckie w ramach programu skierowane są do:
  - a. dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji w szacowanej liczbie 5 osób;
  - b. osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.) albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionych, w szacowanej liczbie 25 osób.- łącznej liczby 30 osób.
6. Pierwszeństwo korzystania z usług mają osoby:
  - a. wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją (tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności, które potrzebują szerokiego zakresu usług asystenta);
  - b. które wcześniej nie korzystały z tego typu wsparcia.
7. Warunkiem przystąpienia do Programu będzie:
  - a. spełnienie wymagań określonych w ust. 5 i 6 potwierdzonych stosownymi dokumentami,
  - b. złożenie Karty zgłoszenia do programu wraz z informacją na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego oraz orientacyjnym harmonogramem usług (zał. 1),
  - c. złożenie oświadczenia (zał. 2) w przypadku osób wskazujących asystenta osobistego.
8. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń przy uwzględnieniu ust. 6.
9. Osoba po zakwalifikowaniu do Programu zwana dalej „Odbiorcą usługi” otrzyma jeden egzemplarz Skierowania.
10. Wszystkie osoby, które nie zostały zakwalifikowane do Programu znajdą się na liście rezerwowej.
11. Usługi asystenckie mogą świadczyć:
  - a. osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej<sup>1)</sup>, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,

<sup>1)</sup> 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 pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

- b. osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
  - c. osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego,
  - d. w przypadku gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta.
12. Realizując usługi Asystent kieruje się poniższymi zasadami:
- a. akceptacji – opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Klienta,
  - b. indywidualizacji – podmiotowego podejścia do Klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
  - c. poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
  - d. prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
  - e. neutralności - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi asystenckie realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez asystentów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.
  - f. dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta.
13. W ramach Programu nie są prowadzone usługi opiekuńcze ani specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

## § 2

### Zakres usług asystenckich

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta w dziedzinach: w przemieszczaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.
2. Zakres usług podstawowych obejmuje:
  - a. wyjścia, powroty oraz/lub dojazdy w wybrane przez uczestnika Programu miejsca (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/sportowe),
  - b. pomoc w zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika programu przy ich realizacji,
  - c. załatwianiu spraw urzędowych,
  - d. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami,
  - e. korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy),
  - f. wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do/z placówki oświatowej (usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi),
  - g. pomocy w domu polegająca na: pisaniu pism, listów, w tym komputerowo; w zadaniach sprawiających dużą trudność odbiorcy usług przy aktywnym jego udziale w wykonywanej czynności; czytaniu prasy, książek, korespondencji; w korzystaniu z technologii (np. pomoc w wykonywaniu połączeń telefonicznych, korzystaniu z komputera); w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu (np. gry planszowe, rozwijanie pasji i zainteresowań odbiorcy usług).
3. 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), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

4. Usługi asystenckie mogą również obejmować usługi towarzyszące m.in. takie jak np. zdejmowanie odzieży wierzchniej, czynności pielęgnacyjne i higieniczne (np. pomoc w skorzystaniu z toalety), asystowanie przy przejściu odbiorcy na wózek/fotel), przygotowanie i podanie drobnego posiłku lub napoju, drobne zakupy.
5. Usługi asystenckie nie są realizowane w placówkach, które zapewniają całodobową opiekę (np. DPS, DPD, ZOL, ŚDS), w placówkach rehabilitacji (np. WTZ), w placówkach edukacyjnych (np. szkoła) w przypadku, kiedy opieka dla osób niepełnosprawnych jest zapewniona przez te placówki.
6. Nie ma możliwości świadczenia usługi towarzyszącej bez usługi podstawowej, tzn. nie można zamówić usługi asystenckiej np. jedynie do pomocy w skorzystaniu z toalety. Czynności towarzyszące wykonywane są wyłącznie w charakterze dodatkowym i niezbędnym w czasie trwania usługi asystenckiej (podstawowej). Czas ich realizacji nie powinien przeważać nad czasem realizacji usług podstawowych.
7. Asystenci nie świadczą i nie wykonują żadnych czynności medycznych np. cewnikowanie, zmiana opatrunków, zmiana pozycji ułożeniowej, aplikowanie leków itp.). Czynności te są czynnościami medycznymi realizowanymi przez osoby wykonujące zawody medyczne.

### § 3

#### Ramy czasowe realizacji usług asystenckich

1. Usługi asystenckie realizowane są przez 7 dni w tygodniu (od poniedziałku do niedzieli), w godzinach od 7.00 do 22.00.
2. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie, przy czym, w szczególnych sytuacjach wymiar ten może być zwiększony jednak nie więcej niż do 60 godzin.
3. Limit godzin usług asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne w ww. wskazaniach, a w przypadku opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych legitymujących się znacznym stopniem niepełnosprawności, którego rodzice lub osoby spokrewnione pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) nie może być wyższy niż 30 godzin miesięcznie.
4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu, w tym na 1 dziecko niepełnosprawne, dotyczy także osób niepełnosprawnych, które korzystają z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, tj. łączna liczba godzin usług asystenta dla wszystkich programów/projektów nie może wynosić więcej niż 60 godzin miesięcznie.
5. W przypadku konieczności rezygnacji ze świadczenia usług, odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora programu.
6. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku np. sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie realizatora na przynajmniej 6 godzin przed planowanym rozpoczęciem usługi. W przypadku kiedy odbiorca usługi nie informuje realizatora o czasowym zawieszeniu usług, a 3 kolejne wizyty asystenta w miejscu realizacji usługi nie odbędą się z winy odbiorcy usługi, realizator usługi całkowicie wstrzymuje realizację usług asystenckich.
7. Osoba objęta usługami asystenckimi nie ponosi żadnej odpłatności za świadczone usługi. Pokrywa jednak koszty związane z uczestnictwem w życiu kulturalnym (np. zakup biletów do kina, teatru, na imprezy sportowe i kulturalne), przejazdami, zakupami towarów i usług itd.
8. Ostateczną datą zakończenia świadczenia usług jest 31.12.2021 r.
9. Osoby wymagające wsparcia asystenta mogą złożyć zapotrzebowanie na usługę osobiście lub za pośrednictwem opiekuna prawnego.
10. Karta zgłoszeniowa stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu i dostępna jest:
  - a) W siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Chorzowie ul. Raławicka 19, III piętro, pokój 325.
  - b) na stronie internetowej Ośrodka Pomocy Społecznej ([www.opschorzow.pl](http://www.opschorzow.pl)) w zakładce „Programy/Projekty”, w podzakładce „Asystent osoby niepełnosprawnej - edycja 2021”.

#### § 4

#### Informacje dodatkowe

1. Odbiorca usługi ani jego opiekun prawny nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez Asystenta w ramach programu.
2. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora projektu na podstawie umowy zawartej z Asystentem oraz na podstawie Karty realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zał. 3) podpisanej przez Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz zatwierdzoną przez Uczestnika programu/opiekuna prawnego.
3. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych odbiorcy usługi w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
4. Odbiorca usługi ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
5. Odbiorca usługi nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione w § 2 niniejszego regulaminu.

#### § 5

#### Postanowienia końcowe

1. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 roku i obowiązuje na czas trwania projektu.
2. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają obowiązujące wytyczne dotyczące Programu oraz obowiązujące przepisy prawa.

Załącznik 1 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

**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:                              |  |

Proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

|  |   |
|--|---|
| 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 | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o znacznym/umiarkowanym <sup>1</sup> stopieniu niepełnosprawności   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy)<sup>2</sup>:**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko opiekuna prawnego: |  |
| Telefon:                           |  |
| E-mail:                            |  |

**III. Informacje dotyczące ograniczeń osoby niepełnosprawnej**

|  |  |
|--|--|
| <b>Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się</b><br><i>Proszę opisać ograniczenia osoby niepełnosprawnej</i> |  |
| Ograniczenia w komunikowaniu się:  | Ograniczenia w poruszaniu się:           |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| Ewentualne inne ograniczenia na które wnioskodawca pragnie zwrócić uwagę:  |  |

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> Należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego

#### IV. Informacje dotyczące wnioskowanych usług asystenckich

##### Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego – usługi podstawowe

Proszę wskazać, z jakich usług asystenta zamierza korzystać osoba niepełnosprawna (zaznaczając „TAK” lub „NIE”) oraz w jakim wymiarze godzin w skali jednego miesiąca – wymiar godzin można uśrednić

| Rodzaj usługi   | zapotrzebowanie   | Liczba godzin/m-c       |
|---|---|-------------------------|
| wyjścia/powroty/dojazdy w miejsca wskazane przez uczestnika Programu (np. dom, praca, urzędy, placówki oświatowe/szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie/terapeutyczne, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, miejsca wydarzeń kulturalnych, rozrywkowych, społecznych, sportowych;   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| pomoc w zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika programu przy ich realizacji   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| załatwianie spraw urzędowych (np. pomoc w sporządzaniu, dostarczaniu dokumentów, pozyskiwaniu informacji)   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| nawiązywanie kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| korzystanie z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy)   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| wykonywanie czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do/z placówki oświatowej<br><b>(usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi – należy dostarczyć stosowne zaświadczenie ze szkoły)</b>  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| pomoc w domu polegająca na: pisaniu pism, listów, w tym komputerowo; w zadaniach sprawiających dużą trudność odbiorcy usług przy aktywnym jego udziale w wykonywanej czynności; czytaniu prasy, książek, korespondencji; w korzystaniu z technologii (np. pomoc w wykonywaniu połączeń telefonicznych, korzystaniu z komputera); w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu (np. gry planszowe, rozwijanie pasji i zainteresowań odbiorcy usług). | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| inne – proszę wskazać, jakie:<br>.....  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | ..... godzin/m-c        |
| <b>Wnioskowana łączna liczba godzin usług asystenckich w miesiącu:</b><br><i>Nie więcej niż 30h/m-c, a w uzasadnionych przypadkach nie więcej niż 60 h/m-c<br/>oraz nie więcej niż 60h łącznie dla wszystkich programów/projektów z których Uczestnik korzysta</i>  |   | ..... <b>godzin/m-c</b> |

##### Informacja dotycząca asystenckich usług towarzyszących

Usługi asystenckie mogą również obejmować usługi towarzyszące m.in. takie jak np. zdejmowanie odzieży wierzchniej, czynności pielęgnacyjne i higieniczne (np. pomoc w skorzystaniu z toalety), asystowanie przy przejściu odbiorcy na wózek/fotel), przygotowanie i podanie drobnego posiłku lub napoju, drobne zakupy.

**Czynności towarzyszące wykonywane są wyłącznie w charakterze dodatkowym i niezbędnym w czasie trwania usługi asystenckiej (podstawowej). Czas ich realizacji nie powinien przeważać nad czasem realizacji usług podstawowych.**



## V. Orientacyjny harmonogram realizacji usług asystenckich

### Orientacyjny harmonogram realizacji usług asystenckich

Proszę sporządzić orientacyjny harmonogram usług asystenckich w skali jednego tygodnia mając na uwadze, że usługi te mogą być świadczone od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7:00 do 22:00 i nie mogą być realizowane w czasie innych usług (np. opieki środowiskowej, pielęgniarstwa itp.)

| Dni tygodnia | Godziny realizacji usług asystenckich (od – do) |
|--------------|---|
| Poniedziałki | w godzinach: .....                              |
| Wtorki       | w godzinach: .....                              |
| Środy        | w godzinach: .....                              |
| Czwartki     | w godzinach: .....                              |
| Piątki       | w godzinach: .....                              |
| Soboty       | w godzinach: .....                              |
| Niedziele    | w godzinach: .....                              |

### 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 oraz „Regulaminem określającym zasady realizacji programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

.....  
miejsowość

.....  
data

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

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług  
asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej: .....

.....  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Załącznik/-i\*:

.....  
\*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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz w przypadku reprezentacji osoby niepełnosprawnej - kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

Załącznik 2 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

### OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021  
realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzowie  
dotyczące wskazania asystenta osobistego

#### Ja niżej podpisany/-a:

|                  |                      |                      |                      |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Imię i nazwisko: | <input type="text"/> | Telefon:             | <input type="text"/> |
| Zamieszkały/-a:  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                  | ulica                | nr domu              | nr mieszkania        |
| Kod pocztowy:    | <input type="text"/> | Miejscowość:         | <input type="text"/> |

#### Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy<sup>1</sup> oświadczam co następuje:

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

|                  |                      |                      |                      |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Imię i nazwisko: | <input type="text"/> | Telefon:             | <input type="text"/> |
| Zamieszkały/-a:  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                  | ulica                | nr domu              | nr mieszkania        |
| Kod pocztowy:    | <input type="text"/> | Miejscowość:         | <input type="text"/> |

#### Wskazana osoba poza pełnieniem funkcji mojego Asystenta\*:

1. Pracuje zawodowo, w dniach i godzinach\*: .....
2. Nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą)\*. **\*niewłaściwe skreślić**

Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarze:  godzin miesięcznie.

2. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny<sup>2</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

3. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, osoba posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikację do wykonywania w/w funkcji oraz osoba ta gwarantuje należyte wykonywanie tej funkcji.

4. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość i data:.....  
.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8  
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5  
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

<sup>2</sup> Zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz.111 ze zm.)

.....  
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)



Załącznik 3 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

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

Imię i nazwisko uczestnika/-czki Programu: .....

Adres uczestnika/-czki Programu: .....

Imię i nazwisko Asystenta: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta za miesiąc: ..... 2021 r.

| Lp. | Data usługi | Miejsce realizacji Usługi* | Rodzaj usługi** | Godziny realizacji usługi od - do | Liczba godzin |
|-----|-------------|----------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|
| 1.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 2.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 3.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 4.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 5.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 6.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 7.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 8.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 9.  |             |                            |                 |                                   |               |
| 10. |             |                            |                 |                                   |               |
| 11. |             |                            |                 |                                   |               |
| 12. |             |                            |                 |                                   |               |
| 13. |             |                            |                 |                                   |               |
| 14. |             |                            |                 |                                   |               |
| 15. |             |                            |                 |                                   |               |

1. Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu ..... 2021 r. wyniosła ..... godzin.
2. Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji miejskiej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ..... szt. , o wartości ..... zł.\*\*\*
3. Łączny koszt przejazdu asystenta własnym środkiem transportu w związku z realizacją usług asystenta wyniósł ..... zł. \*\*\*\*
4. Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej wyniósł ..... zł\*\*\*\*\*

.....  
**Data i podpis Asystenta**

**Oświadczenia Uczestnika/-czki Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług Asystenta z rzeczywistym wykonaniem

Oświadczam, że łączna liczba godzin wszystkich programów/projektów, w których uczestniczę nie przekroczyła 60h/m-c oraz, że usługi Asystenta nie były świadczone w trakcie innych usług

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

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

- \* np. miejsce zamieszkania Uczestnika programu, spacer do..., wyjazd/wyjście do... itd.
- \*\* Opis wykonanych zadań z Uczestnikiem/-czką programu i na jego/jej rzecz
- \*\*\* Zgodnie z załączoną ewidencją wykorzystania biletów komunikacji miejskiej za dany miesiąc
- \*\*\*\* Zgodnie z załączoną ewidencją przebiegu pojazdu.
- \*\*\*\*\* Zgodnie z załączonymi dokumentami potwierdzającymi zakup środków ochrony osobistej.

Załącznik 1 do Karty realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|--|------|--------------------|----------------------|------------------------------------|-------|--|----------------|-------------------|
| Dane Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej<br>Imię i nazwisko:<br>Adres zamieszkania:<br>Stanowisko: Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej  |      |                    |                      |                                    |       | Data i miejsce sporządzenia:<br>....., Chorzów |                |                   |
| <b>EWIDENCJA WYKORZYSTANIA BILETÓW KOMUNIKACJI MIEJSKIEJ ZA MIESIĄC ...../2021</b><br>W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ USŁUG ASYSTENCKICH<br>W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2021” |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
| WYJAZD   |      |                    | PRZYJAZD             |                                    |       | Środek lokomocji (T/A) <sup>1</sup>            | Liczba biletów | Wartość [zł] [gr] |
| ADRES (MIASTO/ULICA)   | data | godz.              | ADRES (MIASTO/ULICA) | data                               | godz. |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
|  |      |                    |                      |                                    |       |  |                |                   |
| <b>Liczba załączonych dowodów (skasowanych biletów):</b>   |      |                    |                      | <b>RAZEM biletów wykorzystano:</b> |       |  |                |                   |
| Uwagi:   |      |                    |                      |                                    |       | Wartość słownie:                               |                |                   |
| Rozliczenie sporządził:  |      |                    |                      |                                    |       | Rozliczenie sprawdził i zatwierdził:           |                |                   |
| .....  |      | .....              |                      | .....                              |       | .....  |                |                   |
| (data)   |      | (podpis Asystenta) |                      | (data)                             |       | (podpis)                                       |                |                   |

<sup>1</sup> użyć skrótów:

T – TRAMWAJ, A – AUTOBUS

Załącznik 2 do Karty realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

**Dane osoby używającej pojazd - Asystenta**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Stanowisko: Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

Data i miejsce sporządzenia:

....., Chorzów

**Dane pojazdu:**

Marka i model pojazdu: .....

Numer rejestracyjny pojazdu: .....

Pojemność silnika: ..... [cm<sup>3</sup>]

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU za miesiąc ...../2021 r.**  
W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ USŁUG ASYSTENCKICH  
W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2021”

| Lp.                        | Data wyjazdu | Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd) | Cel wyjazdu | Liczba faktycznie przejechanych kilometrów | Stawka <sup>1</sup> za 1 km przebiegu zł gr | Wartość (5)x(6) zł gr | Podpis Asystenta | Uwagi |
|----------------------------|--------------|---------------------------------|-------------|--|---|-----------------------|------------------|-------|
| 1                          | 2            | 3                               | 4           | 5  | 6   | 7                     | 8                | 9     |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
|                            |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
| <b>Podsumowanie strony</b> |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
| <b>Z przeniesienia</b>     |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |
| <b>Razem</b>               |              |                                 |             |  |   |                       |                  |       |

<sup>1</sup> Stawka za przejechany 1 km został określony w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 z późn. zm.) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm<sup>3</sup> - 0,5214 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm<sup>3</sup> - 0,8358 zł;
- dla motocykla - 0,2302 zł;
- dla motoroweru - 0,1382 zł.