

WZÓR

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Status na rynku pracy:
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:
9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐,

3) zaburzenia psychiczne ☐,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

10. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

11. Czy porusza się Pan(i):

W domu ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

Poza miejscem zamieszkania ☐

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....

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

II. ŚRODOWISKO:

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

1) czynności samoobsługowe **Tak**☐**/Nie**☐

2) wypełnianie ról społecznych **Tak**☐**/Nie**☐

3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**☐**/Nie**☐

4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak**☐**/Nie**☐

.....

.....

.....

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

.....

.....

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

- 1) w wsparciu w wypełnianiu ról społecznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ☐;
 - c) myciu okien ☐;
 - d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go ☐;
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐;
- 2) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
 - b) czesaniu ☐;
 - c) goleniu ☐;
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ☐;
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ☐;
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ☐;
 - h) staniu łóżka i zmianie pościeli ☐;
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
 - a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej ☐;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi) ☐;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym ☐;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu ☐;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu ☐;

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

- a) wyjście na spacer ☐;
- b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
- c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy) ☐;
- d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
- e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze ☐;
- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas/dotyczących wyjść z asystentem, które dotyczą m.in.: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, spaceru ☐;
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) ☐.

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

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** ☐/**Nie** ☐

2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia

dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....

V. OŚWIADCZENIA:

- 1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
- 2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
- 3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

4. Oświadczam, że w trakcie realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w dziale IV ust. 8 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze 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.

Klauzula informacyjna dla Uczestnika Programu "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"

(w przypadku pozyskania danych bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą)

Klauzula informacyjna

Na podstawie RODO Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 RODO o ochronie danych, dalej: RODO) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Głownie przedstawia następujące informacje:

Administrator danych	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Głownie
Dane kontaktowe	Administratorem Danych Osobowych podanych przez Pana / Panią danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Głownie, ul. Ludwika Norbina 1 95-015 Głowno, tel. 42 719 27 25 e-mail: sekretariat.mops@glowno.pl.
Inspektor Ochrony Danych	W MOPS został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres poczty elektronicznej: marcin.polit@tauditor.pl lub pisemnie (na adres siedziby MOPS w Głownie). Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych i wątpliwości z tym związanych.
Źródło danych	Pani/Pana dane MOPS pozyskuje bezpośrednio od Pani/Pana.
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	Przetwarza Pana/Pani dane w celu: 1) realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO); 2) realizacji świadczeń objętych Programem, realizacji obowiązków wynikających z umowy o finansowaniu Programu (art. 6 ust.1 lit. b RODO), 3) rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego oraz wypełnienia obowiązku prawnego zgodnie z Ustawą o Funduszu Solidarnościowym z dnia 23.10.2018 r. z późn zm. (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
Kategorie danych	MOPS w Głownie przetwarza Pani/Pana dane zamieszczone w Karcie zgłoszenia do Programu.
Okres przez który dane będą przechowywane	Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres, w którym jest realizowany Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, są realizowane rozliczenia (sprawozdania) i umowy, a także później tj. dopóki istnieje obowiązek archiwizacyjny lub do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń.
Odbiorcy danych	Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub na podstawie zawieranych umów w zakresie realizacji zadań publicznych (np.: Minister Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewoda, firmy serwisujące sprzęt i oprogramowanie informatyczne, firma świadcząca usługi prawne) lub podmioty na podstawie stosownych upoważnień (asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, firma realizująca zadanie).
Prawa osoby, której dane dotyczą	Przysługuje Pani/Panu prawo: 1) dostępu do Pani/Pana danych osobowych (art. 15 RODO), 2) prawo żądania ich sprostowania np. w przypadku, gdy są one nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO), 3) żądania usunięcia danych o ile inne przepisy prawa nie nakazują ich dalszego przetwarzania (art. 17 RODO), 4) ograniczenia przetwarzania tj. wstrzymania dalszych operacji na danych (art. 18 RODO), 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania np. z przyczyn związanych z Pana/Pani szczególną sytuacją (art. 21 RODO), 6) cofnięcia zgody w dowolnym momencie, gdy przetwarzanie danych odbywa się w oparciu o wyrażoną zgodę - z zastrzeżeniem, że wycofanie tej zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania z prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (art. 7 ust. 3 RODO). Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
Profilowanie i zautomatyzowane przetwarzanie	W ramach realizacji ww. celu MOPS nie podejmuje żadnych decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym z wykorzystaniem profilowania

Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, lecz konieczne do realizacji ww. Programu. Niepodanie danych uniemożliwi udział w ww. Programie.

.....