



**REGULAMIN REKRUTACJI I REALIZACJI PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025,
FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO**

§1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin ustala zasady realizacji świadczenia usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 przez Gminę Miejską Głogów, gdzie realizatorem Programu jest Miejski Ośrodek Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych w Głogowie, 67-200 ul. C.K. Norwida 5, zwanym dalej „Ośrodkiem”.
2. Świadczenie usługi o której mowa w pkt. 1, odbywa się w oparciu o Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, zwany dalej Programem, który finansowany jest w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Program będzie realizowany na terenie Gminy Miejskiej Głogów od dnia zawarcia umowy na realizację pomiędzy Wojewodą Dolnośląskim a Gminą Miejską Głogów do dnia 31.12.2025 r.
4. Program kierowany jest dla osób z niepełnosprawnościami, pełnoletnich mieszkańców Gminy Miejskiej Głogów.
5. Usługa realizowana jest przez asystentów osób z niepełnosprawnością zwanych dalej „Asystentami”.
6. W czasie wykonywania usługi dopuszcza się zatrudnienie asystentów wykonujących usługę asystencką dla jednej osoby jak i dla kilku osób z niepełnosprawnością uczestniczących w Programie.
7. Program zapewnia realizację usługi asystenta mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystencji osobistej są zgodne z zapisami zawartymi w części IV pkt. 12 Programu.

§2

**Rekrutacja do Programu „Asystent Osobisty Osoby
z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2025**

1. Rekrutacja do projektu trwać będzie **od 07.01.2025r. do dnia 17.01.2025r.**
2. W przypadku braku wystarczającej liczby Kandydatów, Realizator Programu zastrzega sobie prawo do przedłużenia terminu naboru do Programu.



3. W 2025 r. w ramach Programu usługami asystenta na terenie Gminy Miejskiej Głogów zostanie objętych 70 osób z niepełnosprawnością w tym:
- 30 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne); przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności
 - 30 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
 - 5 osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
 - 5 osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności powinno być wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenia równoważne do wyżej wymienionego.

Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Miejskiej Głogów w Programie w 2025 r.

4. Ośrodek kwalifikuje do przyznania usługi asystenta na podstawie **złożenia kompletu dokumentów** tj.:

- a) „Karty zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, **stanowiącej załącznik numer 7 do Programu** Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
- b) Karty zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej **stanowiącej załącznik numer 8 do Programu** Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
- c) kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- d) podpisanej klauzuli informacyjnej RODO– **wzór klauzuli stanowi załącznik nr 15 do Programu** Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz **załącznik nr 1 do Regulaminu**
- e) **oświadczenia uczestnika Programu – załącznik nr 2 do Regulaminu**

5. W przypadku wskazania przez Uczestnika Programu osoby na Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, oświadczenie osoby niepełnosprawnej/opiekuna osoby niepełnosprawnej, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej oraz o braku pokrewieństwa Uczestnika z Asystentem - **wzór stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.**
6. Dokumenty należy składać w formie papierowej w siedzibie Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych ul. C.K. Norwida 5, 67-200 Głogów, **w holu głównym na parterze, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 14.00 w terminie od 07.01.2025r. – do 17.01.2025r.**
7. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.
8. Zgłoszenia do Programu będą rozpatrywane przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Dyrektora Ośrodka.
9. O zakwalifikowaniu do Programu pod uwagę będą brane następujące kryteria :
- Złożenie kompletu dokumentów (niekompletne zgłoszenie, nie będzie rozpatrywane lub będzie podlegać ocenie w momencie uzupełnienia kompletnej dokumentacji) – warunek formalny
 - Udział w programie AOON edycja 2024r

TAK 0 pkt

NIE 10 pkt



(badany na podstawie dokumentów MORIUS z realizacji programu – edycja 2024)

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| • samotne zamieszkiwanie
(na podstawie Karty zgłoszenia pkt. I ppkt 14.) | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| • brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na wiek, stan zdrowia bądź aktywizację zawodową, inne
(na podstawie Karty zgłoszenia pkt. I ppkt 15.) | TAK 5 pkt | NIE 0 pkt |
| • korzystanie z innych form wsparcia
(na podstawie Karty zgłoszenia pkt. IV ppkt 1,2.) | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| • samodzielne poruszanie się w domu
(na podstawie Karty zgłoszenia pkt. I ppkt 11.) | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| • samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania
(na podstawie Karty zgłoszenia pkt. I ppkt 11.) | TAK 0 pkt | NIE 5 pkt |
| • inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby (np. pomoc sąsiedzka, funkcjonowanie w społeczeństwie, możliwości psychofizyczne) od 0 do 5 pkt | | |

10. W przypadku osób, które w procesie rekrutacji otrzymają taką samą ilość punktów, będzie decydowała kolejność zgłoszenia do programu.
11. Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie otrzymają pisemne potwierdzenie objęcia usługami asystenta.
12. Komisja Rekrutacyjna sporządzi protokół z posiedzenia oraz „Kartę Oceny do zakwalifikowania w Programie” stanowiącą Załącznik Nr 4 do Regulaminu.
13. Osoby, które złożą dokumenty po upływie terminu rekrutacji, zostaną umieszczone na liście rezerwowej pod pierwszą wolną pozycją.
14. Dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi i stanowią własność Ośrodka.
15. Po wyczerpaniu limitu dostępnych miejsc w Programie osoby zgłaszające chęć udziału zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby objętej usługami asystenta, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.

§3

Zasady uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

1. Zgodnie ze złożonym wnioskiem i przyznanymi środkami na realizację zadania dla Gminy Miejskiej Głogów, limit godzin dla 1 osoby z niepełnosprawnością wyniesie:
 - 480 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne)
 - 450 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
 - 400 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne)



- 340 godzin rocznie dla osób posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne)
2. Osoba z niepełnosprawnością lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.
 3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
 4. Za realizację usługi asystencji osobistej, uczestnik nie ponosi odpłatności.
 5. Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie w zależności od potrzeb i możliwości Uczestnika a także katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.
 6. Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do informowania Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych w Głogowie o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji wsparcia asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
 7. Każdy z uczestników Programu zobowiązany jest do informowania Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji i Usług specjalistycznych w Głogowie w trakcie trwania Programu o zmianach dotyczących sytuacji osoby z niepełnosprawnością.
 8. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza teren Gminy Miejskiej Głogów uczestnik Programu składa pracownikowi Ośrodka oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
 9. W godzinach realizacji usługi asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej bądź usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
 10. Zarówno Uczestnik jak i Asystent biorąc udział w Programie, wyrażają zgodę na doraźną kontrolę oraz monitoring świadczonych usług prowadzony bezpośrednio w miejscu ich realizacji, zgodnie z zapisami z części IV pkt. 31 Programu.

§4

Postanowienia końcowe

1. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, obowiązują zapisy Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
3. W innych nie wynikających z zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ani niniejszego regulaminu sprawach decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych w Głogowie.
4. Miejski Ośrodek Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień niniejszego Regulaminu niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i realizacji programu „asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2025

Administrator Pani/Pana danych:

Miejski Ośrodek Rehabilitacji i Usług Specjalistycznych z siedzibą w Głogowie; ul. Norwida 5,
e-mail: biuro@morius.glogow.pl, telefon: 76/ 727-65-72

Inspektor Ochrony Danych:

We wszelkich sprawach związanych z ochroną danych można kontaktować się pod adresem: iod@morius.glogow.pl

Cele przetwarzania | podstawa prawna

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2025, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.

Czas przechowywania:

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.

Odbiorcy:

Podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dom dziennego pobytu w przypadku opieki całodobowej. Minister Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewoda Dolnośląski w przypadku prowadzenia kontroli realizacji projektu.

Przysługujące Pani/Panu prawa:

- Prawo żądania dostępu do danych
- Prawo żądania sprostowania danych
- Prawo żądania usunięcia danych
- Prawo żądania ograniczenia przetwarzania
- **Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania**
- Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa

Prawo wniesienia sprzeciwu:

Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W przypadku wyrażenia sprzeciwu, nie będziemy mogli przetwarzać Państwa danych do celów, wobec których sprzeciw został zgłoszony, chyba że wykazemy istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec Państwa interesów, praw i wolności, lub danych do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Aby skorzystać z prawa do sprzeciwu, prosimy o kontakt, podając swoje dane identyfikacyjne oraz jasno określając zakres i podstawę Pana/Pani sprzeciwu.

Obowiązek podania danych:

Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2024 lub realizacji programu jest niezbędne do wzięcia udziału w programie.



Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji i realizacji programu „asystent osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2025

DEKLARACJA

uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025

Ja, niżej podpisany/a
deklaruję swój udział w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami i mój udział w Programie jest bezpłatny.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, oraz regulaminem rekrutacji do Programu.
3. Zapoznałem się Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych osób uczestniczących w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, wzór klauzuli stanowi załącznik nr 15 do Programu oraz załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec mnie formach wsparcia,
- 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
- 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025,

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



Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji i realizacji programu „asystent osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2025

Głogów,

.....
(Imię i nazwisko odbiorcy Programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

E-mail:

Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy¹, oświadczam, że:

- wyżej wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej. Posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do wykonywania w/w funkcji oraz osoba ta gwarantuje należyte wykonywanie tej funkcji;
- wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny²
- jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis odbiorcy Programu /opiekuna prawnego)

¹ 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.

² Na potrzeby realizacji Programu 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.



Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji i realizacji programu „asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2025

**Karta oceny do zakwalifikowania w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Imię i nazwisko

Adres Telefon

Stopień niepełnosprawności

Lp.		TAK	NIE	IŁOŚĆ PUNKTÓW	UWAGI
1.	Komplet dokumentów			X	
2.	Udział w programie AOOD edycja 2024r – 10 punktów (NIE)				
3.	samotne zamieszkiwanie - 5 punktów (TAK)				
4.	brak możliwości uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny, np. ze względu na wiek, stan zdrowia bądź aktywizację zawodową, inne - 5 punktów (TAK)				
5.	korzystanie z innych form wsparcia - 5 punktów (NIE)				
6.	samodzielne poruszanie się w domu - 5 punktów (NIE)				
7.	samodzielne poruszanie się poza miejscem zamieszkania – 5 punktów (NIE)				
8.	inne czynniki związane z sytuacją indywidualną osoby od 0 do 5 pkt				
	LICZBA PUNKTÓW ŁĄCZNIE				

Podpisy Komisji

1.
2.
3.

Głogów, dnia