BURMISTRZ BŁONIA
05-870 BŁONIE
Rynek 6
(9)

Zarządzenie nr 26.2021

Burmistrza Błonia z dnia 4.05.2021 r.

W sprawie zatwierdzenia Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie- edycja 2021

Na podstawie art. 30 ust. 1 pkt.3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r poz. 713), zarządzam , co następuje:

§1

Zatwierdzam i wprowadzam do użytku służbowego w Dziennym Domu „Senior+" w Błoniu, ul. 3 Maja 10, Regulamin Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie- edycja 2021

§2

Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierzam dyrektorowi dziennego Domu „Senior +" w Błoniu.

§3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania

BURMISTRZ
mgr Zenon Reszka

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr 26.2021 Burmistrza Błonia
z dnia 04.05 2021 r

Regulamin Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie- edycja 2021

Podstawa prawna:
- art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu (Dz.U. z 2020, poz. 1787),
- art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020, poz. 1876 ze zm.).

§1
Postanowienia ogólne

1. Regulamin Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie- edycja 2021, jest jednocześnie regulaminem rekrutacji i uczestnictwa.
2. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie- edycja 2021 finansowany jest ze środków Wojewody Mazowieckiego, w ramach środków Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania resortowego Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"- edycja 2021.

3. Głównym celem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021, zwanym dalej „Programem", jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla:

a) 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 albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.

4. Program zapewnia usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanego dalej „asystentem", mającą na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym.
3. Program jest skierowany do pełnoletnich mieszkańców gminy Błonie.
4. Jednostką realizującą Program, zwaną dalej „realizatorem" jest Dzienny Dom „Senior +" w Błoniu.
5. Osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację Programu jest koordynator Programu.
6. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych przez Realizatora projektu.
7. Świadcząc usługi, realizator kieruje się poniższymi zasadami:
a) zasadą akceptacji – opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika,
b) zasadą indywidualizacji – podmiotowego podejścia do uczestnika, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,

c) zasadą poufności – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa)
d) zasadą prawa do samostanowienia – prawo uczestnika do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
e) zasadą udostępniania zasobów - zobowiązanie do poszukiwania możliwości zaspokojenia uzasadnionych potrzeb uczestników związanych z występowaniem przyczyn korzystania z usług,
f) zasadą obiektywizmu (nieoceniania) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji która jest przyczyną korzystania przez uczestnika z usług,
g) zasadą dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego uczestnika.
8. Realizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
9. Realizator ma prawo odmówić zrealizowania usług:
a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu uczestników lub asystentów,
b) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość, wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa,
c) o ile są usługami wyłącznie o charakterze pielęgnacyjnym lub higienicznym (w takim przypadku realizator, kieruje prośbę o rozpatrzenie możliwości udzielenia odpowiedniej pomocy do partnera).

§2
Zakres usług asystenckich

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc asystenta w przygotowaniu do wyjścia, przemieszczaniu się, pomoc w korzystaniu z dóbr kultury, rekreacji, sportu, oraz pomoc w komunikowaniu się poprzez organizowanie i animację czasu wolnego uczestnika w celu zmniejszenia poczucia osamotnienia i alienacji społecznej.

2. Zakres usług podstawowych:
1) pomoc w wyjściu, powrocie oraz dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsce (np. dom, praca, szkoła, kościół, lekarz, urzędy, znajomi, rodzina, itp.),
2) pomoc w wyjściu, powrocie oraz dojazdach na rehabilitację, zajęcia terapeutyczne oraz zajęcia rekreacyjne,
3) pomoc w nawiązywaniu kontaktów/współpracy z różnego rodzaju organizacjami/ instytucjami
4) pomoc osobie niepełnosprawnej w zakupach, jednocześnie warunkiem tej usługi jest czynne uczestnictwo klienta (asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze jednorazowo do 5 kg),
5) pomoc w załatwieniu spraw urzędowych,
6) pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury oraz obiektów użyteczności publicznej: muzeum, teatr, kino, park, plac zabaw, itp.,
7) czytanie prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego czytania
8) wsparcie opiekunów uczestników poprzez zapewnienie im czasu wolnego.

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

3. Jeśli wymaga tego sytuacja i stan zdrowia uczestnika, asystenci świadczą usługi towarzyszące do zakresu usług podstawowych, wymienionych w pkt. 2.
4. Zakres usług towarzyszących:
1) pomoc w ubieraniu się,
2) pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych,
3) pomoc w przygotowaniu i podaniu posiłku lub napoju.
5.Czynności towarzyszące wykonywane są wyłącznie w charakterze dodatkowym i niezbędnym podczas trwania usługi asystenckiej. Tym samym czas realizacji usług towarzyszących nie przeważa nad czasem świadczenia usług podstawowych.
6.Praca asystenta ma na celu, kompensację ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością odbiorcy, stymulowanie do podejmowania aktywności i samodzielności.
7. Usługi asystenckie wspierające aktywność uczestnika realizowane są w pierwszej kolejności.
8. Usługi asystenckie nie są świadczone w miejscach, w których usługi powinny być świadczone na podstawie odrębnych przepisów lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę (tj. w szczególności w domach pomocy społecznej, zakładach opieki zdrowotnej).
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. Asystenci nie świadczą usług medycznych ani rehabilitacyjnych.
11. Asystenci nie wykonują żadnych czynności medycznych.

§3
Rekrutacja do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

1. Usługami asystenta planowane jest objęcie 12 osób dorosłych, w tym:
a) 11 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, oraz 1 osobę z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, mieszkańców Gminy Błonie.
2. Realizator Programu zastrzega sobie możliwość zwiększenie liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Błonie w Programie.
3. Realizator Programu kwalifikuje uczestników Programu na podstawie „Karty zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021", stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu oraz kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.
4. Osoby niepełnosprawne lub opiekunowie prawni zgłaszający chęć udziału w Programie wraz z „Kartą zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021" są zobowiązani do złożenia oświadczeń według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
5. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Dziennym Domu „Senior +" w Błoniu przy ul. 3 Maja 10, 05-870 Błonie, w godzinach urzędowania (poniedziałek- piątek od 7.00 do 16.00), lub pocztą elektroniczną na adres: **wigorblonie@gmail.com**
Nabór będzie otwarty do momentu zapewnienia limitu uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

6. Osoby zgłoszone do Programu po zajęciu wszystkich dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
5. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane przez koordynatora Programu.

§4
Zasady uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

1. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Osoba niepełnosprawna 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.
3. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeb i preferencji:
a) uczestnika Programu
b) opiekuna prawnego,
4. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 15 godzin miesięcznie.
5. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu od godziny 8.00 do 22.00. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
6. Usługa asystenta będzie realizowana zgodnie ze sporządzonym miesięcznym planowanym harmonogramem świadczonych usług asystenta, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
7. Harmonogram, o którym mowa powyżej, będzie ustalany z asystentem do ostatniego dnia roboczego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego dotyczy. W trakcie trwania miesiąca realizacji usługi, możliwe są zmiany terminów i wymiaru realizacji usługi.
8. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
Rozliczenie zostanie przedłożone przez asystenta do ostatniego dnia roboczego miesiąca, którego dotyczy.

§5
Postanowienia końcowe

3. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje koordynator Programu.
4. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 marca 2021 roku i obowiązuje na czas trwania Programu.
2. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęciaw nim dodatkowych postanowień

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

BURMISTRZ
mgr Zenon Reszka

Załącznik nr 1
do Regulaminu Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie - 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: .....

☐ 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

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.

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana ..... oświadczam, iż:
1) jestem/nie jestem* opiekunem, rodzicem lub osobą spokrewnioną pobierającą świadczenie pielęgnacyjne i zrezygnowałam/zrezygnowałem ze świadczenia pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad: dzieckiem do 16 roku życia orzeczoną niepełnosprawnością 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; osobom niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego;

2) korzystam/nie korzystam* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez

.....,

w wymiarze ..... godzin w miesiącu;

3) 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 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) ☐ na asystenta wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

.....
Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

☐ nie wskazuję asystenta.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3
do Regulaminu Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie - edycja 2021

PLANOWANY HARMONOGRAM WYKONANIA USŁUG ASYSTENTA W MIESIĄCU ……..…….. 2021 roku

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Imię, nazwisko i adres uczestnika Programu: ……..……..

……..

Realizator usług: …..……..

Planowana data realizacji usług asystenta	Godziny pracy od……...do……...	Uwagi
Planowana ilość godzin w miesiącu		

Data: ……..

……..…… ……..
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego podpis asystenta

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Załącznik nr 4
do Regulaminu Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" w Gminie Błonie - edycja 2021

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.

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

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 30 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.

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2021