

**Regulamin świadczenia i korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością  
w ramach projektu pn.  
*ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA OBSZARZE DOLNEGO ŚLĄSKA***

**§ 1 Zasady ogólne**

1. Projekt „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej na obszarze Dolnego Śląska” realizowany jest przez Fundację „Promyk Słońca”, na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej. Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" - edycja 2020-2021
2. Usługi asystenckie realizowane są na terenie powiatów wrocławskiego, wołowskiego, wałbrzyskiego, M. Legnica, M. Wałbrzych.
3. Usługi są realizowane na podstawie niniejszego regulaminu.
4. Odbiorcami usług są:
  - 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 liczbie nie mniejszej niż 10 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 liczbie nie mniejszej niż 20 osób.
5. Pierwszeństwo korzystania z usług mają osoby 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
6. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych przez Realizatora projektu.
7. Realizując usługi Asystent kieruje się poniższymi zasadami:
  - 1) zasada akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Klienta,
  - 2) zasada indywidualizacji – podmiotowego podejścia do Klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
  - 3) zasada poufności i respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
  - 4) zasada prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
  - 5) zasada obiektywizmu (nieoceniań) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji,
  - 6) zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta.
8. W ramach Projektu nie są prowadzone usługi opiekuńcze ani specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

9. Realizator projektu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
10. Asystent ma prawo odmówić zrealizowania usług:
  - 1) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Klientów, Asystentów lub osób trzecich,
  - 2) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
11. Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem projektu.

## **§ 2 Zakres usług asystenckich**

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta w co najmniej jednej z dziedzin: w przemieszczaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.
2. Zakres usług podstawowych:
  - a) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (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) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika projektu 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).
3. Asystenci nie świadczą usług medycznych ani rehabilitacyjnych
4. Asystenci nie wykonują żadnych czynności medycznych.

## **§ 3 Ramy czasowe realizacji usług asystenckich**

1. Usługi realizowane są przez 7 dni w tygodniu, przez całą dobę.
2. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika wyniesie nie więcej niż 30 godzin miesięcznie.
3. Ostateczną datą zakończenia świadczenia usług jest 21.12.2021 r.
4. Osoby wymagające wsparcia asystenta mogą złożyć zapotrzebowanie na usługę osobiście lub za pośrednictwem opiekuna
5. Karta zgłoszeniowa dostępna jest:
  - a) W siedzibie Fundacji – Wrocław, ul. Swobodna 8a, wejście B, V piętro, pokój 504
  - b) na stronie internetowej Fundacji [www.promykslonca.pl](http://www.promykslonca.pl)
6. Karta zgłoszeniowa stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
7. Uzupelnioną kartę zgłoszeniową należy dostarczyć:
  - a) osobiście do Fundacji Promyk Słońca (ul. Swobodna 8a, wejście B, V piętro, pokój 504)
  - b) mailowo na adres [bank.asystentow@promykslonca.pl](mailto:bank.asystentow@promykslonca.pl)
8. Usługa przyjęta do realizacji to usługa potwierdzona przez Realizatora projektu (telefonicznie,



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

mailowo lub przez platformę – w zależności od sposobu zgłoszenia zapotrzebowania).

#### **§ 4 Odpłatność za usługi asystenckie**

1. Należność za usługę wykonywaną przez Asystenta pokrywana jest przez Realizatora Projektu w ramach realizacji zadania publicznego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej na obszarze Dolnego Śląska” na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej.
2. Klient ani jego opiekun nie ponoszą opłat za usługi świadczone przez Asystenta w ramach projektu.
3. Należność za usługę pokrywana jest przez Realizatora projektu na podstawie umowy – zlecenia, zawartej z Asystentem oraz na podstawie Karty pracy (załącznik nr 2 do Regulaminu), podpisanej przez Asystenta.

#### **§ 5 Dodatkowe obowiązki**

1. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych Klientów w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
2. Od Asystenta wymaga się stworzenia odpowiednich relacji (zaufania, szacunku, zrozumienia, itp.) z Klientem.
3. Klient ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
4. Klient nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione w § 2 niniejszego Regulaminu.
5. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, Klient i Asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności pomiędzy sobą, w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy Specjalisty.
6. Przypadki złamania zasad niniejszego Regulaminu powinny być niezwłocznie zgłaszane Specjaliście.

#### **§ 6 Postanowienia końcowe**

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 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. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie ostatecznie decyduje Realizator projektu.

..... (data, podpis)



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Stopień niepełnosprawności:  znaczny  umiarkowany

w przypadku osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenia równoważne

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

**Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

.....  
.....  
.....  
.....



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 z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021.

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 z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021 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.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

**Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021  
za rok.....**

Karta realizacji usług asystenta Nr .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od ..... do

.....

<b>Lp.</b>	<b>Data usługi</b>	<b>Liczba godzin zrealizowanych</b>	<b>Rodzaj usługi*</b>	<b>Czytelny podpis asystenta</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu ..... 2020 r./2021 r. wyniosła ..... godzin.



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\*\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

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 z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej