



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Regulamin realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu

Podstawa prawna:

- art. 13 ust. 9 i 10 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 ze zm.)

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu, realizowanej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 i finansowanej w całości ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Program skierowany jest do mieszkańców Powiatu Kaliskiego.
3. Jednostką realizującą Program jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu, pl. św. Józefa 5, 62-800 Kalisz.
4. Uczestnikami Programu mogą być dzieci do 16 roku użycia z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniem – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby oraz osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.
5. Program ma na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy w:
 - 1) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsce,
 - 2) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu,
 - 3) załatwianiu spraw urzędowych,
 - 4) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, kino, teatr, galerie sztuki, wystawy),
 - 5) zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprawdzaniu ich z niej.
6. Usługi asystenta są całkowicie bezpłatne.
7. Asystent realizując usługi kieruje się zasadami:
 - 1) zasadą akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych uczestnika beneficjenta,

- 2) zasadą indywidualizacji – podmiotowego podejścia do beneficjenta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
 - 3) zasadą poufności i respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
 - 4) zasadą prawa do samostanowienia – prawo beneficjenta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia).
8. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta.
 9. Asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej w Programie nie mogą być członkowie rodziny.

§ 2.

Ramy czasowe realizacji usług asystenta

1. Usługi asystenckie świadczone są od do 31.12.2022 r. przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.
2. Limit godzin usług asystenta dla Uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 70 godzin miesięcznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
3. Limit godzin usług asystenta dla Uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
4. Limit 30 godzin na osobę niepełnosprawną o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dziecko do 16 roku życia z orzeczeniem łącznie ze wskazaniem.

§ 3.

Zgłaszanie osoby niepełnosprawnej do Programu oraz zamawianie usług asystenckich

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu należy wypełnić *Kartę zgłoszenia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”* (Załącznik nr 1 do Regulaminu; druk dostępny na stronie internetowej www.pcpr.kalisz.pl lub w siedzibie PCPR) wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia oraz Kartą zakresu czynności (Załącznik nr 5 do Regulaminu) należy dostarczyć do siedziby PCPR w Kaliszu.
2. Zgłoszenia są przyjmowane w dni robocze, w godzinach od 7:30 do 15:30 osobiście w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu pl. św. Józefa 5 62-800 Kalisz lub mailowo na adres pcpr@powiat.kalisz.pl.
3. Zgłoszenia do programu podlegają wstępnej weryfikacji i uszczegółowieniu przez realizatora.
4. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny przystępując do Programu potwierdza własnoręcznym podpisem fakt zapoznania się z Klauzulą informacyjną (Załącznik nr 4 do Regulaminu).
5. Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny zobowiązani są aktualizować Kartę zgłoszenia, o której mowa w **ust. 1**, w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.
6. Zgłoszenie nowych potrzeb w zakresie usług asystenta mogą być przyjmowane drogą pisemną, osobiście lub za pomocą poczty elektronicznej. Każdorazowo zweryfikowane potrzeby winny zostać uzupełnione.
7. Nabór wniosków o świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej zaplanowany jest do 30 czerwca 2022 r.

§ 4.

Sposób realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

1. Usługi asystenta realizowane są na zasadzie współdziałania osoby niepełnosprawnej i asystenta, przy czym asystent ma obowiązek uwzględniania decydującego wpływu uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego na podejmowanie działania.
2. Usługi asystenta realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy asystentem i uczestnikiem Programu na podstawie określonych potrzeb w Karcie zgłoszenia do Programu (*Załącznik nr 1 do Regulaminu*) oraz Karcie zakresu czynności (*Załącznik nr 5 do Regulaminu*)
3. Asystent może towarzyszyć uczestnikowi Programu w dojazdach w wybrane przez uczestnika miejsce w celu realizacji usług określonych w Programie, w szczególności przejazdów do innych odległych miejscowości, korzystając:
 - 1) ze środków komunikacji publicznej/miejskiej,
 - 2) z pojazdu stanowiącego własność asystenta (jeżeli posiada prawo jazdy i aktualne badania psychologiczne),
 - 3) lub innym środkiem transportu.
4. Dojazd asystenta środkami komunikacji publicznej lub prywatnej pokrywane są z Programu. Rozliczenie usługi, o której mowa w ust. 3, następuje odpowiednio do wykorzystanych środków lokomocji:
 - 1) biletami komunikacji publicznej lub prywatnej,
 - 2) ewidencją przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta- rozliczenie następuje na podstawie *Karty ewidencji przebiegu pojazdu (Załącznik nr 3 do Regulaminu)*.
5. Asystent który udostępnił swój samochód w celu realizacji usług asystencji w ramach Programu, zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie (*Załącznik nr 6 do Regulaminu*).
6. Asystent który w celu realizacji Programu korzysta z samochodu, który nie jest jego własnością, zobowiązany jest złożyć oświadczenie podpisane przez właściciela pojazdu (*załącznik nr 7 do Regulaminu*).
7. Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich następuje przez złożenie podpisu uczestnika Programu lub opiekuna prawnego na *Karcie realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (Załącznik nr 2 do Regulaminu)*.

§ 5.

Pozostałe zasady realizacji usług asystenckich

1. Odmowa zrealizowania usług asystenta lub przerwanie ich realizacji może nastąpić w szczególności z powodu wystąpienia co najmniej jednej z niżej wymienionych okoliczności:
 - 1) w przypadku, w których okoliczności wskazują na możliwość zagrożenia życiu lub zdrowia uczestnika Programu, asystenta, osób trzecich, wyrządzenia szkody lub łamania przepisów prawa,
 - 2) pomoc i potrzeby uczestnika Programu zostają zabezpieczone przez inne służby lub programy,
 - 3) w przypadku braku możliwości realizacji usługi asystenta w wyniku ograniczeń, nakazów i zakazów w okresie pandemii COVID-19.
2. W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując o tym niezwłocznie koordynatora.
3. Korzystanie z usług asystenckich oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do udzielania informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
4. Asystenci nie świadczą usług medycznych ani rehabilitacyjnych.

5. Uczestnik Programu lub opiekun prawny ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Programu.



Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022*

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/stożenie niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta 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 wymienionych 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?

.....
.....

II. ŚRODOWISKO:

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

- 1) czynności samoobsługowe **Tak****/Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak****/Nie**
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak****/Nie**
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**
- 5) 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, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....

.....

.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

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

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

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

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

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

7. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentna, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pani (i) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz

uchylecia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, ze zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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 2022 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.



**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

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	Czytelny podpis uczestnika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2022 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z

wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu

wyniósł zł – koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 zł miesięcznie**

łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 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 ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

***Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.



.....
Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc r.

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	St
1	2	3	4	5	6	7	8	pr
Podsumowanie strony								
Do przeniesienia/Z przeniesienia								
Razem								

*Stawka za przejechany 1 km została określona 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. poz. 271 ze zm.) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,5214 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 0,8358 zł;
- dla motocykla – 0,2302 zł;
- dla motoroweru – 0,1382 zł.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administrator danych osobowych
Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.
2. Inspektor ochrony danych
Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym kontakt możliwy jest pod nr tel. 62 50 14 207.
2. Cele przetwarzania danych
Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, finansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
3. Podstawa prawna przetwarzania danych
Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. b RODO).
Podstawą prawną realizacji programu jest art. 13 ust.9 i 10 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym.
4. Odbiorcy danych
Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Samorząd Powiatowy oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
5. Okres przechowywania danych
Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku zakończenia realizacji programu.
7. Państwa prawa:
 - a) prawo dostępu do treści swoich danych;
 - b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
 - c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
 - g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z określonych usług jednostki, bądź załatwienia sprawy.

Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....

Miejscowość/ data

.....

Czytelny podpis



**Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcie 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 powstaniu odleżyn lub odparzeń
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów
 - h) słaniu łóżka i zmianie pościeli

- 2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) sprzątanii mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie 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) 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 żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)

3) wsparcie 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
- f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta

4) wsparcie 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: wizyt lekarskich, zabiegów

- rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni ;
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

Miejscowość, dnia..... .



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Starostwo Powiatowe
w Kaliszu



Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Kaliszu

Oświadczenie o używaniu samochodu prywatnego do celów służbowych

Oświadczam że jestem właścicielem/ współwłaścicielem pojazdu

..... o numerze rejestracyjnym

(marka model)

pojemności skokowej silnika i będę używać go w celu realizacji

„Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

.....
data, podpis właściciela



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Starostwo Powiatowe
w Kaliszu



Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Kaliszu

OŚWIADCZENIE

Oświadczam że jestem właścicielem pojazdu o numerze

(marka model)

rejestracyjnym pojemności skokowej silnika i

użyczam go w celu realizacji „Programu Asystent osobisty

(komu?)

osoby niepełnosprawnej”.

.....
data, podpis właściciela