



Regulamin Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej

(tekst jednolity)

I. Zasady ogólne

1. Usługi asystencji osobistej zwane dalej „usługami” realizowane są w szczególności na terenie miasta Jaworzna.
2. Odbiorcy usług zwani dalej „beneficjentami” to mieszkańcy miasta Jaworzna, będący osobami dorosłymi posiadającymi aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (znacznego, umiarkowanego) lub orzeczenie równoważne (grupę inwalidzką I, II), którzy posiadają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną, w zakresie zmysłów oraz posiadają niepełnosprawność sprzężoną.
3. Realizatorem usług jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jaworznie, ul. Chopina 19, zwane dalej „PSONI Koło w Jaworznie”.
4. Usługi realizowane są przez asystentów osób niepełnosprawnych zwanych dalej „asystentami”, zatrudnionymi przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jaworznie.
5. Usługi mogą być także realizowane w miarę potrzeb oraz możliwości przy udziale stażystów, praktykantów i wolontariuszy.
6. Realizujące usługi PSONI Koło w Jaworznie kieruje się zasadami:
 - a) zasadą akceptacji – opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych beneficjenta;
 - b) zasadą indywidualizacji – podmiotowego podejścia do beneficjenta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami;
 - c) zasadą poufności – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od beneficjenta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);
 - d) zasadą prawa do samostanowienia – prawo beneficjenta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia).
7. PSONI Koło w Jaworznie dba o odpowiednie wykształcenie i przygotowanie kadry do realizacji usług.



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

8. PSONI Koło w Jaworznie nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe podczas świadczenia usług, wynikające z działania osób innych niż asystenci.
9. PSONI Koło w Jaworznie ma prawo odmówić zrealizowania usług:
 - a) w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu beneficjentów, asystentów, stażystów, praktykantów, wolontariuszy lub osób trzecich;
 - b) w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wyrządzenia szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa;
 - c) o ile są usługami wyłącznie o charakterze pielęgnacyjnym lub higienicznym (w takim przypadku PSONI Koło w Jaworznie kieruje prośbę o rozpatrzenie możliwości udzielenia odpowiedniej pomocy społecznej);
 - d) w przypadku braku możliwości zrealizowania zgłoszenia ze względu na brak wolnego asystenta.
10. **W ramach Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej nie są prowadzone usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**

II. Zakres usług asystenckich

1. Do zakresu usług podstawowych asystenta w pierwszej kolejności należy wspomaganie beneficjenta:
 - a) w drodze do placówki służby zdrowia, podczas pobytu w placówce oraz w drodze powrotnej do domu;
 - b) w drodze do urzędu, podczas załatwiania sprawy urzędowej oraz w drodze powrotnej do domu;
 - c) w drodze do sklepu, podczas robienia zakupów pod warunkiem czynnego w nich uczestnictwa beneficjenta (asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze jednorazowo: do 5 kg) oraz w drodze powrotnej do domu;W dalszej kolejności należy wspomaganie beneficjenta:
 - d) w nauce orientacji przestrzennej w mieście oraz w korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej;
 - e) w wyjściu do wybranych przez beneficjenta miejsc (np. dom, praca, szkoła, kościół, znajomi, rodzina, itp.), pobycie (jeżeli zachodzi taka konieczność) oraz powrocie;
 - f) w wyjściu na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne, pobycie (jeżeli zachodzi taka konieczność) oraz powrocie;
 - g) w wyjściu na kursy i szkolenia zawodowe, pobycie (jeżeli zachodzi taka konieczność) oraz powrocie;



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

- h) w korzystaniu z dóbr kultury: muzeum, teatr, kino, koncert, itp.;
 - i) korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i in. (udział asystenta w treningach i zajęciach sportowych możliwy jest tylko po uzgodnieniu z trenerem/instrukctorem);
 - j) przy odbiorze beneficjenta z dworca kolejowego, przystanku autobusowego i dotarciu w wybrane miejsce;
 - k) doraźnie w domu:
 - podczas nieobecności rodzica/opiekuna prawnego spowodowanej wyższą koniecznością życiową (załatwienie sprawy urzędowej, wizyta u lekarza, zdarzenie losowe np.: pogrzeb) - pełnienie opieki nad nim, pomoc w nauce, rozwój zainteresowań, spędzanie czasu wolnego, pomoc w czynnościach dnia codziennego (gotowanie, sprząkanie, itp.);
 - w przypadku beneficjenta samotnie żyjącego - pomoc w czynnościach dnia codziennego (gotowanie, sprząkanie, itp.) przy aktywnym współudziale osoby niepełnosprawnej.
2. Jeśli wymaga tego sytuacja i stan zdrowia beneficjenta, asystenci świadczą usługi towarzyszące do zakresu usług podstawowych, wymienionych w pkt 2, tj.:
- a) pomoc w ubieraniu się;
 - b) pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych;
 - c) pomoc w przygotowaniu i podaniu posiłku lub/i napoju;
 - d) pomoc w załatwianiu spraw życia codziennego (zakupy) i urzędowych w imieniu beneficjenta.
3. **Usługi asystenckie wspierające aktywność beneficjenta wymienione w pkt 1a, 1b, 1c realizowane są w pierwszej kolejności.**
4. **Asystent nie sprząta i nie gotuje.**
5. Usługi 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, np.: szpital).

III. Ramy czasowe realizacji usług asystenckich

- 1. Usługi asystenckie świadczone są od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r., 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku, w godz. 6.00 – 23.00.
- 2. Usługi nie są realizowane w święta określone w przepisach o dniach wolnych od pracy.



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNI
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

3. Beneficjent może korzystać z usług asystenckich **jeden raz w tygodniu**, w podstawowym czasie usługi w wymiarze **2 godz.** Za zgodą koordynatora, w uzasadnionych przypadkach częstotliwość i czas realizacji usługi mogą być zwiększone lub zmniejszone. **Nie dopuszcza się wybierania przez beneficjenta zaległych godzin usług, z których nie skorzystał np. z powodu dłuższej nieobecności;**
4. W przypadku braku możliwości zrealizowania zgłoszenia ze względu na brak wolnego asystenta, koordynator powiadamia beneficjenta i uzgadnia z nim inny termin realizacji usługi.

IV. Odpłatność za usługi asystenckie

1. Korzystanie z usługi asystenckiej jest bezpłatne.
2. Wszelkie dodatkowe koszty związane z wykonaniem usługi asystenta (np. bilety do kin, muzeów, teatrów, na koncert, wizyta w restauracji, itp.) z wyjątkiem opłat za korzystanie z komunikacji miejskiej przez asystenta, ponosi beneficjent.

V. Zgłaszanie osoby niepełnosprawnej do Programu oraz zamawianie usług asystenckich

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej należy:
 - a) wypełnić FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (dostępny na stronie internetowej PSONI Koło w Jaworznie: www.psonijaworzno.org.pl lub w siedzibie Stowarzyszenia, przy ul. Chopina 19), stanowiący *Załącznik nr 1* do niniejszego Regulaminu;
 - b) dostarczyć w/w formularz wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia/decyzją ZUS, do siedziby PSONI Koło w Jaworznie.
 - c) w przypadku uczestników warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub innej placówki finansowanej ze środków publicznych należy dostarczyć kserokopię indywidualnych programów rehabilitacji i terapii, indywidualnych planów postępowania wspierająco - aktywizujących czy programów wsparcia,
2. Formularz zgłoszeniowy wraz z kserokopią aktualnego orzeczenia/decyzji ZUS przyjmowane są za pomocą poczty na adres siedziby Stowarzyszenia, poczty elektronicznej (email: aonpsonijaworzno@gmail.com) lub osobiście.
3. Zgłoszenia są przyjmowane w dni robocze, w godz. od 9.00 do 15.00.
4. Za wiedzą i zgodą osoby niepełnosprawnej zgłoszenia są przyjmowane także za pośrednictwem innych podmiotów (np.: rodzina, znajomi, instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, asystenci osób niepełnosprawnych).



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

5. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się możliwość wypełnienia formularza zgłoszeniowego oraz przedstawienia kserokopii aktualnego orzeczenia/decyzji ZUS podczas pierwszego kontaktu asystenta z osobą niepełnosprawną.
6. Zgłoszenia do Projektu podlegają wstępnej weryfikacji i uszczegółowieniu przez koordynatora Projektu.
7. Zamówienie usługi asystenta przyjmowane jest przez koordynatora telefonicznie pod numerem: 32/616 35 89, w godz. od 9.00 do 15.00 lub mailem: aonpsonijaworzno@gmail.com co najmniej na 3 dni przed terminem realizacji usługi.
8. Zamówienia usługi asystenckiej dokonuje sam beneficjent lub osoba/instytucja przez niego upoważniona, uzgadniając z koordynatorem termin, godziny, zakres oraz ewentualny sposób świadczonej usługi.
9. Podstawą wykonania usługi asystenckiej jest KARTA REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, stanowiąca *Załącznik nr 2* do niniejszego Regulaminu.
10. Odwołanie przez beneficjenta usługi następuje u koordynatora co najmniej w przeddzień zaplanowanego zlecenia.

VI. Sposób realizacji usług asystenckich

1. Usługi asystenckie realizowane są przez asystentów lub inne upoważnione osoby, o których mowa w pkt 5, Rozdział I Zasady ogólne Regulaminu.
2. Praca asystenta ma na celu kompensację ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością beneficjenta, stymulowanie do podejmowania aktywności życiowej oraz uspołecznianie osoby niepełnosprawnej.
3. Podmiotem pracy asystenta jest beneficjent. Asystent podkreśla decydujący wpływ beneficjenta na podejmowane wspólnie działania i własną sytuację życiową.
4. Usługi asystenckie realizowane na zasadzie współdziałania osoby niepełnosprawnej i asystenta.
5. Asystenta i beneficjenta łączy profesjonalna relacja wzajemnego szacunku.
6. **O zasadności przyznania usługi i częstotliwości jej świadczenia każdorazowo decyduje koordynator;**
7. Każda realizacja usługi poprzedzona jest złożeniem zamówienia u koordynatora i wpisaniem zlecenia do harmonogramu pracy asystentów.
8. Usługi asystenckie realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy koordynatorem a beneficjentem.



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

9. Zmiana czasu i zakresu usługi jest możliwa tylko w uzasadnionych sytuacjach i wymaga każdorazowo ustalenia i potwierdzenia takiej możliwości z koordynatorem.
10. Oprócz spraw bieżących, podczas usługi podejmowane są działania zmierzające do poprawy sytuacji i funkcjonowania beneficjenta.
11. W uzasadnionych sytuacjach (np. praca z osobą niepełnosprawną intelektualnie lub z zaburzeniami psychicznymi) asystent może sam planować szczegółowe zajęcia na czas usługi i zaproponować je beneficjentowi.
12. Podczas pierwszej usługi beneficjent jest zapoznawany z Regulaminem Projektu pn.: „Świadczenie usług asystencji osobistej”. Jego znajomość potwierdza własnoręcznym podpisem. W sytuacjach szczególnych, w imieniu osoby niepełnosprawnej, zapoznanie z zakresem czynności asystenta potwierdza opiekun lub osoba upoważniona.
13. Usługa kończy się potwierdzeniem pracy asystenta przez złożenie podpisu przez beneficjenta lub osobę upoważnioną na KARCIE REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, stanowiącej *Załącznik nr 3* do niniejszego Regulaminu.

VII. Pozostałe zasady realizacji usług asystenckich

1. Po wcześniejszej konsultacji z koordynatorem asystent przerywa realizację usługi jeżeli:
 - a) zastana sytuacja bądź wykonanie danego zadania zagraża zdrowiu lub życiu asystenta, beneficjenta, osób trzecich;
 - b) agresywne zachowanie lub oczekiwania beneficjenta nie pozwalają na kontynuowanie usługi, zgodnie z zasadami Regulaminu;
 - c) zachodzi podejrzenie, że działania podejmowane przez beneficjenta zmierzają do łamania prawa;
 - d) pomoc i potrzeby beneficjenta zostają zabezpieczone przez inne służby.W uzasadnionych przypadkach asystent przerywa usługę w trybie natychmiastowym, informując niezwłocznie koordynatora.
2. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno asystent jak i beneficjent zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora Projektu.
3. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi podlegają kontroli i są monitorowane przez PSONI Koło w Jaworznie. Monitoring realizowany jest bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla beneficjenta sposób.



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

4. Korzystanie z usług asystenckich oznacza jednocześnie wyrażenie zgody przez beneficjenta lub osoby upoważnionej na udzielanie PSONI Koło w Jaworznie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
5. Beneficjent lub osoba upoważniona ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Projektu.
6. Asystent dysponuje:
 - a) legitymacją służbową, wydaną przez PSONI Koło w Jaworznie, zawierającą co najmniej: imię i nazwisko asystenta, zdjęcie asystenta, logo PSONI Koło w Jaworznie, adres i telefon siedziby Stowarzyszenia, datę ważności;
 - b) identyfikatorem umieszczonym w widocznym miejscu zawierającym imię i nazwisko asystenta, zdjęcie asystenta.
7. Osoba niepełnosprawna przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (*Załącznik nr 2* do niniejszego Regulaminu) dla potrzeb niezbędnych do realizacji Projektu pn.: „Świadczenie usług asystencji osobistej”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ogólnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1). Brak wyrażenia zgody przez osobę niepełnosprawną na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczne z niezakwalifikowaniem osoby niepełnosprawnej do Projektu.



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNI
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

Załącznik nr 1
do Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej

ZGŁOSZENIE DO PROJEKTU pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ

1. Nazwisko i imię uczestnika Programu (osoby niepełnosprawnej):
.....
2. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej:
.....
3. Data urodzenia:
4. Numer PESEL:
5. Adres zameldowania:
6. Adres zamieszkania:
7. Adres do korespondencji:
8. Telefon osoby niepełnosprawnej: (komórkowy, stacjonarny):
.....
9. Telefon rodzica/opiekuna prawnego/osoby do kontaktu:
10. Stopień niepełnosprawności:
11. Przyczyna niepełnosprawności:
12. Stopień upośledzenia umysłowego:
(jeśli występuje)
13. Dodatkowe informacje o rodzaju niepełnosprawności i potrzebach osoby niepełnosprawnej:.....
.....
.....
.....
14. Stan zdrowia (choroby przewlekłe, przyjmowane leki):
-
-
-
-
-



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

15. Uczestnictwo w placówkach edukacyjnych/rehabilitacyjnych:

w latach	nazwa ośrodka

16. Sposób poruszania się po mieście (*samodzielnie, na wózku, z pomocą opiekuna*):

.....

17. Status prawny uczestnika Programu (pełnoletni, całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolniony, nieubezwłasnowolniony):.....

.....

18. Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy	Rodzaj dochodu (zarobki, renta socjalna, zasiłek pielęgnacyjny, itp.)
1.		beneficjent AON		

19. Czy osoba niepełnosprawna korzysta z usług opiekuńczych? TAK/NIE

20. Czy osoba niepełnosprawna korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych? TAK/NIE

21. Czy osoba niepełnosprawna korzysta z usług asystenta osoby niepełnosprawnej świadczonych przez innego realizatora? TAK/NIE

22. Oczekiwania dotyczące usług asystenckich (np. zakres usługi, czas, częstotliwość, miejsce):

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej.

Jaworzno, dnia

(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNIE
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

Załącznik nr 2
do Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ogólnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1) zwanej dalej RODO oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) w celach związanych z uczestnictwem w **Projekcie pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej** oraz otrzymaniem statusu Beneficjenta tego Projektu.

Jaworzno, dnia
(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w/w celach jest **Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jaworznie (PSONI Koło w Jaworznie)** oraz **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ogólnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1) osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo:

- żądania dostępu do danych osobowych;
- sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- wniesienia sprzeciwu;
- cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Dane osobowe:

- będą przekazywane do PFRON za pośrednictwem **Systemu Ewidencji Godzin Wsparcia (EGW)** w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PSONI Koło w Jaworznie oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON;
- będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia Projektu;
- nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałam/-em się treścią powyższego.

Jaworzno, dnia
(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)



PROJEKT pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ
współfinansowany ze środków PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
realizowany przez POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W JAWORZNI
ul. Chopina 19, 43-600 Jaworzno, NIP: 632-15-26-306, tel. 32/616 35 89
www.psonijaworzno.org.pl

Załącznik nr 3
do Regulaminu Projektu pn.: Świadczenie usług asystencji osobistej

KARTA REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wypełnia Koordynator :

data zgłoszenia:

usługa świadczona dla:
(nazwisko i imię beneficjenta)

usługa planowana w dniu w godz. od do

zakres usługi:
.....
.....
.....

Przyjąłem/przyjęłam usługę do realizacji:
(data, podpis asystenta)

Wypełnia Asystent:

usługa zrealizowana w dniu w godz. od do

zakres usługi :
.....
.....
.....

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią formularza zgłoszeniowego beneficjenta.
.....
(podpis asystenta)

Uwagi:
.....
.....

.....
(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej)

Potwierdzam realizację usługi:
(podpis koordynatora Programu)