**REGULAMIN**

**NABORU, UCZESTNICTWA I REALIZACJI PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ” – edycja 2025**

**W GMINIE TRZCIANNE**

Regulamin określa zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością – edycja 2025”, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 296 ze zm.), zwany dalej „Programem”.

**§ 1 ZASADY OGÓLNE**

1. Program realizowany będzie na terenie Gminy Trzcianne od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2025r.
2. Projekt finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego.
3. Adresatami Programu realizowanego są osoby niepełnosprawne, które wymagają usługi asystenta osobistego i zamieszkują na terenie Gminy Trzcianne:
* dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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.
* osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności: o stopniu znacznym lub o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężona,
o stopniu umiarkowanym, lub traktowane na równi do wymienionych, zgodnie
z art.5 i art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( Dz. U z 2024 r., poz.44 ze zm.)
1. Usługi asystenckie realizowane są na terenie Gminy Trzcianne (w mieszkaniu osoby niepełnosprawnej lub w miejscach przez nią wskazanych), lub w innym miejscu (również poza terenem Gminy Trzcianne) niezbędnym do wykonywania czynności asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
2. Program ma na celu:
3. wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych,
4. umożliwienie skorzystania przez osoby niepełnosprawne z pomocy asystenta osobistego przy wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowanie
w życiu społecznym,
5. ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności i nieumożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia,
6. przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych.
7. Pierwszeństwo korzystania z usług mają osoby z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich oraz osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanym 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).
8. Usługi realizowane są przez Asystentów zatrudnionych przez Realizatora programu.
9. Realizując usługi Asystent kieruje się poniższymi zasadami:
10. zasada akceptacji – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Klienta,
11. zasada indywidualizacji – podmiotowego podejścia do Klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jej prawami i potrzebami,
12. 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),
13. zasada prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
14. zasada obiektywizmu (nieoceniania) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji,
15. zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta
16. Realizator programu nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe w czasie świadczenia usługi, wynikające z działania osób niezatrudnionych do realizacji usługi.
17. Asystent ma prawo odmówić zrealizowania usług:
18. w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Klientów, Asystentów lub osób trzecich,
19. w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
20. Asystent nie ma prawa świadczyć usług asystenckich bez wcześniejszego uzgodnienia z Realizatorem programu.

**§ 2 KWALIFIKACJE, UPRAWNIENIA I ZAKRES USŁUG ASYSTENCKICH**

1. Zakres czynności w ramach usług asystenckie uwzględniony jest w Załączniku nr 9 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2025”.
2. Usługi asystenta osobistego w szczególności mogą polegać na pomocy w:
3. wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w obrane przez uczestnika Programu miejsce
(np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/ sportowe itp.);
4. wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
5. zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
6. załatwieniu spraw urzędowych;
7. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
8. korzystaniu z instytucji kultury tj. wystaw, imprezy kulturalne itp.,
9. wykonywaniu czynności dnia codziennego
10. Asystent nie może angażować się w rozwiązywanie problemów rodzinnych i osobistych uczestników programu w zakresie szerszym niż jest to związane ze świadczeniem usługi asystenckiej.
11. Od Asystenta wymaga się stworzenia odpowiednich relacji (zaufania, szacunku, zrozumienia, itp.) z uczestnikiem programu.
12. Uczestnik programu ma obowiązek traktowania Asystenta z szacunkiem.
13. Wszelkie nieporozumienia, wynikające ze świadczenia usług asystenckich, Uczestnik programu i Asystent zobowiązani są wyjaśnić: w pierwszej kolejności pomiędzy sobą, w przypadku braku możliwości porozumienia – przy pomocy pracownika wyznaczonego przez Realizatora programu.
14. Usługi asystenckie mogą świadczyć:
15. osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
16. osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu;
17. osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem złożenia przez osobę niepełnosprawną pisemnego oświadczenia, że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług asystencji osobistej:
18. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta, jeśli ta osoba nie jest członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej i nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.
19. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
20. Osoba niepełnosprawna ani opiekun prawny nie ponoszą odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
21. Jeden asystent może świadczyć usługi w nie więcej niż w dwóch środowiskach.
22. W godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, usługi finansowane z Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane
z innych źródeł.

**§ 3 REKRUTACJA DO PROGRAMU” ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”**

1. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przyznawana jest na podstawie
2. Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2025, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy
 i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej –edycja 2025”
3. Oświadczenia uczestnika stanowiące załączniki do Karty Zgłoszenia do Programu w tym o wyborze osoby wskazanej na asystenta, której wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu naboru, uczestnictwa i realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością – edycja 2025”
4. Karty zakresu czynności do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2025, której wzór stanowi załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej –edycja 2025”
5. Podpisanie przez uczestnika Klauzuli RODO stanowiącej załącznik nr 15 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby
z Niepełnosprawością – edycja 2025
6. Wymagane dokumenty dostępne są: w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzciannem – ul. Wojska Polskiego 11/2, 19-104 Trzcianne, na stronie internetowej <http://gop.trzcianne.pl/>.
7. Osoby niepełnosprawne lub opiekunowie prawni zgłaszający chęć udziału
w Programie są zobowiązani do złożenia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność .
8. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Trzciannem , ul. Wojska Polskiego11/2, 19-104 Trzcianne, w dniach od 16.12.2024 do 23.12.2024, w godzinach od 7:30 do 15:00 lub dostarczyć za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
9. Nabór do Programu jest otwarty do momentu zapewnienia limitu liczby uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń oraz spełnienie zapisu w programie: w pierwszej kolejności będą to osoby
z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujące.
10. Zgłoszenia do Programu rozpatrywane będą przez wyznaczoną do tego celu przez Realizatora projektu komisję rekrutacyjną. Listy osób zakwalifikowanych zatwierdzi Kierownik GOPS w Trzciannem. Osoby zgłoszone do Programu po zajęciu wszystkich dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana do udziału w Projekcie kolejna osoba z listy rezerwowej.
11. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zostaną poinformowane przez wyznaczonego pracownika w formie telefonicznej.
12. Przyznanie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej nie wymaga formy pisemnej, w tym wydania decyzji administracyjnej.
13. Usługami asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej planowane jest objęcie 23 osób w tym:
14. 3-je dzieci w wieku od ukończenia 2.roku życia do ukończenia 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,
15. 6 osób niepełnosprawnych o znacznym stopniu z niepełnosprawności
z niepełnosprawnością sprzężoną ( w tym orzeczenie równoważne),
16. 14 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w tym osoby posiadające orzeczenie traktowane na równi
z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art.5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego,
17. W przypadku gdy usługa asystenta świadczona jest na rzecz dzieci niepełnosprawnych w wieku od ukończenia 2.roku życia do ukończenia 16.  roku życia z orzeczeniem
o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także:
18. zaświadczenie o niekaralności;
19. pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
20. pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
21. Realizator programu zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Gminie Trzcianne w Programie.

**§ 4 ZAKRES PRZEDMIOTOWY I PODMIOTOWY PROGRAMU**

1. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wynosi nie więcej niż 400 godzin łącznie na cały okres realizacji projekt .
2. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną wynosi nie więcej niż 490 godzin łącznie na cały okres realizacji projektu
3. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 dziecko w wieku od ukończenia 2.roku życia do ukończenia 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 wynosi nie więcej niż 210 godzin łącznie na cały okres realizacji projektu.
4. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie:
5. wypełnionej Karty realizacji usług asystenckich, stanowiącej załącznik nr 9 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością – edycja 2025 przedłożonej Realizatorowi programu przez asystenta do 5 dnia każdego miesiąca następującego po wykonaniu usługi

**§ 5 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące z uczestnikiem programu.
2. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma , zięcia , synową oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.
3. Osoba zakwalifikowana do udziału w Programie jest obowiązana do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
4. Realizator programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do regulaminu lub ujęcia w nim dodatkowych postanowień.
5. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu wykraczającego poza teren Gminy Trzcianne osoba korzystająca z usług asystenta składa Realizatorowi programu oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.
6. O sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik GOPS w Trzciannem

WZORY OŚWIADCZEŃ UCZESTNIKA PROGRAMU LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Trzcianne, dnia …...........................

…........................................................

*(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/rodzica\*)*

…........................................................

*(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep.\*)*

…........................................................

…........................................................

 *(adres)*

**DEKLARACJA**

**do wskazania osoby mającej świadczyć usługi
w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

 Ja, ………………………………………………………………………Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika\* wskazuje Panią/Pana …………………………………………….
zam………………………………………………………………………………………… jako osobę, którą wybrałem/wybrałam\* do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu.(*Jednocześnie akceptuję wybór ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka*)\*.

 Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej.

 …………………………………………..
 *(podpis czytelny uczestnika/opiekuna*
 *prawnego/rodzica\*)*

*\*niepotrzebne skreślić*

Trzcianne, dnia …...........................

…........................................................
*(Imię i Nazwisko)*

…........................................................

…........................................................

*(adres)*

**Oświadczenie**

 Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan ................................................................................ nie zamieszkuje razem z uczestnikiem Programu.

 ............................................................
 *(podpis czytelny)*

Trzcianne, dnia …...........................

**Oświadczenie**

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

 Ja, ………………………………………………………………………………. Uczestnik Programu/ opiekun prawny uczestnika\* oświadczam, że Pani/Pan ………………………………………………………………………………………………, zam. ………………………………………………………………………………… nie jest członkiem mojej rodziny / rodziny uczestnika programu w rozumieniu pkt IV, ust.5 Programu.

*(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).*

 ............................................................
 *(podpis czytelny)*

\*niepotrzebne skreślić

Trzcianne , dnia …...........................

…........................................................

*(Imię i Nazwisko)*

…........................................................

…........................................................

*(adres)*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanego przez GOPS w Trzciannem nie będę korzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm), innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o którym mowa w pkt IV, ust. 10 i 15 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanych ze środków publicznych.

 ............................................................
 *(podpis czytelny)*

 Trzcianne, dnia ………………………….

…........................................................

*(Imię i Nazwisko)*

…........................................................

…........................................................

*(adres)*

**Oświadczenie**

Ja, ………………………………………………………………………………. Uczestnik Programu/ opiekun

prawny uczestnika\* oświadczam, że :

□ 1. Jestem osobą niepełnosprawną , samotnie gospodarującą , nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

□ 2. Jestem osobą niepełnosprawną , wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

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

*(podpis czytelny)*

\*niepotrzebne skreślić