

**Zarządzenie Nr 17/2021**

**Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach**

**z dnia 06 maja 2021 r.**

**W sprawie przyjęcia Regulaminu programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”  
- edycja 2021**

Na podstawie § 9 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Przyjmuje się **Regulamin programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021** w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

Wykonanie Zarządzenia powierza się pracownikom Wieloosobowego stanowiska do obsługi projektów i kadr.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Kielcach

*Anna Florczyk - Bielna*

**Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym**

**RADCA PRAWNY**

*Anna Kąkol*



## **REGULAMINU PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”- EDYCJA 2021**

### **§1 Postanowienia ogólne**

1. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 zwany dalej „Programem”, realizowany jest w ramach resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Jednostką realizującą Program jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą w Kielcach (25-211) przy ul. Wrzosowej 44, zwane dalej PCPR w Kielcach.
3. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla:
  - 1) 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
  - 2) 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. Dodatkowym założeniem jest, aby minimum 70% uczestników Programu stanowiły osoby wymagające wysokiego poziomu wsparcia<sup>1)</sup>, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją.
5. Program jest skierowany do mieszkańców powiatu kieleckiego.
6. 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.
7. Usługi asystenta będą polegać w szczególności na pomocy:

---

<sup>1)</sup> Tj. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci niepełnosprawne z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: 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.



- 1) wyjściu, powrocie 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 lub sportowe);
  - 2) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
  - 3) załatwianiu spraw urzędowych;
  - 4) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
  - 5) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
  - 6) wykonywaniu czynności dnia codziennego, w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej w sytuacji, gdy szkoła nie zapewnia takiej usługi.
8. Usługi asystenta mogą świadczyć:
- 1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,
  - 2) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
  - 3) osoby wskazane przez uczestnika programu lub jego opiekuna prawnego.
  - 4) W przypadku gdy usługa asystenta będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniem, wymagane jest także zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta.

## §2

### **Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021**

1. Usługami asystenta planowane jest objęcie 70 osób, w tym:
  - 3 dzieci w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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;
  - 67 osób dorosłych, w tym 65 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz 2 osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym.

***PCPR w Kielcach zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu w sytuacji dostępności godzin przyznanych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach w ramach Programu.***

2. Podstawą przyznania usługi asystenta jest złożenie dokumentacji:
  - „Karty zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2021”, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
  - kserokopii aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o pełnosprawności.

3. 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 w szczególności:
  - Oświadczenia o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z pomocy asystenta, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, według wzoru stanowiącego, załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu;
  - Deklaracji uczestnika programu/opiekuna prawnego według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu;
4. Dokumenty należy złożyć w formie papierowej osobiście lub pocztą do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, ul Wrzosowa 44, pok. 36, 25 – 211 Kielce, w dni robocze, w godzinach urzędowania 7:15 – 15:15.
5. Zgłoszenia do Programu będą przyjmowane do momentu zapewnienia limitu uczestników, natomiast o zakwalifikowaniu się do Programu decydować będzie:
  - Kolejność zgłoszeń osób spełniających wymagania programu (§ 1 ust. 3 pkt. 1-2),
  - Analiza wniosków w kontekście sytuacji osoby niepełnosprawnej, tj. skali niepełnosprawności oraz konieczności zapewnienia wsparcia asystenta i osiągnięcie celu Programu.
6. Zgłoszenia do Programu będzie rozpatrywać wyznaczony przez Dyrektora PCPR w Kielcach pracownik.
7. Listy osób zakwalifikowanych do Programu zatwierdzi Dyrektor.
8. Osoby zgłoszone do Programu po osiągnięciu limitu dostępnych miejsc zostaną wpisane na listę rezerwową.
9. W przypadku rezygnacji osoby zakwalifikowanej do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
10. O wynikach rekrutacji osoby zakwalifikowane do udziału w Programie zostaną poinformowane przez pracownika PCPR.

### §3

#### **Zasady świadczenia usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021.**

1. Usługi asystenta będą realizowane przez asystentów, o których mowa § 1 ust. 8.
2. 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 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.
3. Czas trwania usług asystenta – usługi asystenta mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.



4. Do czasu pracy asystenta wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 min. Jeśli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min. usługa nie będzie finansowana w ramach Programu.
5. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 60 godzin miesięcznie.
6. Limit godzin usług asystenta na 1 dziecko niepełnosprawne z ww. wskazaniem, a w przypadku opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych legitymujących się znacznym stopniem niepełnosprawności, którego rodzice lub osoby spokrewnione pobierają świadczenie pielęgnacyjne (tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy) wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie.
7. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu, w tym na 1 dziecko niepełnosprawne, dotyczy także osób niepełnosprawnych, które korzystają z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, tj. łączna liczba godzin usług asystenta dla wszystkich programów/projektów nie może wynosić więcej niż 60 godzin miesięcznie.
8. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut.
9. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje:
  - a) uczestnika Programu lub opiekuna prawnego,
  - b) opiekuna prawnego oraz preferencje dziecka niepełnosprawnego z orzeczeniem o niepełnosprawności.
10. Uczestnik Programu/opiekun osoby niepełnosprawnej za usługi asystenta nie ponosi odpłatności.
11. Usługa asystenta będzie realizowana zgodnie z „Planowanym harmonogramem świadczonych usług asystenta”, stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
12. Harmonogram, o którym mowa powyżej, będzie ustalany z asystentem do ostatniego dnia roboczego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego dotyczy.
13. W trakcie trwania miesiąca realizacji usługi dopuszcza się zmiany terminów i wymiaru realizacji usługi i aktualizację harmonogramu.
14. Rozliczenie usług asystenta będzie następowało na podstawie „Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021”, stanowiącej załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
15. Rozliczenie zostanie przedłożone przez asystenta do piątego dnia miesiąca następującego po miesiącu ujętym w karcie realizacji usług asystenckich.

#### **§4**

##### **Postanowienia końcowe**

1. 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.
2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu osoba korzystająca z usług asystenta składa pracownikowi PCPR w Kielcach oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie.

3. Usługa asystenta nie może być świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu.
4. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
5. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych niniejszym regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor PCPR w Kielcach.

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie w Kielcach  
*Anna Florezyk - Bielna*

**Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym**

**RADCA PRAWNY**  
*Anna Kągier*



## 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:

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



## 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 wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym

**RADCA PRAWNY**  
Anna Kąkolter





**Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z pomocy asystenta, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

**Wyrażam zgodę<sup>1</sup>** na przetwarzanie moich danych osobowych, niezbędnych do skorzystania z pomocy asystenta, w związku z realizacją Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021, w szczególności wrażliwych danych osobowych dotyczących niepełnosprawności przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach.

Powyższa zgoda jest dobrowolna, ale stanowi warunek przystąpienia do programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021 oraz skorzystania z usług asystenckich. Nie udzielenie zgody, bądź wycofanie zgody przed zakwalifikowaniem do Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021, skutkuje niemożnością do jego przystąpienia, a tym samym skorzystania z usług asystenckich.

**Dodatkowo oświadczam, że dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadomy/a konsekwencji grożących mi w razie oświadczenia nieprawdy lub zatajenia prawdy.**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „**RODO**”) uprzejmie informujemy, iż:

- a) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce. W przypadku pytań o swoje dane osobowe mogą Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: [iod@powiat.kielce.pl](mailto:iod@powiat.kielce.pl)
- b) podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, w celu skorzystania z usług asystenckich, w związku z realizacją Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021 jest art. 6 ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1787) oraz wyrażona przez Państwa zgoda;
- c) podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z wyżej wymienionej podstawy prawnej jest niezbędne, aby skorzystać z usług asystenckich, w związku z realizacją Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach;
- d) wypełnienie Karty zgłoszenia do Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021 jest warunkiem skorzystania w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych z usług asystenckich,
- e) przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, kopii danych, ich usunięcia po okresie nie krótszym niż okres wymagany przepisami prawa z tytułu obowiązku archiwizacji;
- f) w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu swoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania;
- g) przekazane dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji oraz rozliczenia Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**” – edycja 2021, jednak nie dłużej niż okres wymagany z tytułu obowiązku archiwizacji, z zastrzeżeniem iż okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przez przepisy prawa;
- h) odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a podmiotem.

<sup>1</sup> **Zaznacz „X” w przypadku wyrażenia zgody**





### Deklaracja uczestnika

Ja niżej podpisany/podpisana .....dobrowolnie deklaruję udział w resortowym programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021,

Oświadczam że:

1. Zapoznałem się z Regulaminem programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 oraz zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach udziału w programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w programie finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Zostałem poinformowany/a, że usługi asystenckie w ramach programu realizowane są bezpłatnie.
4. Jestem/nie jestem\* pod opieką opiekuna, rodzica lub osoby spokrewnionej pobierającej świadczenie pielęgnacyjne która zrezygnowałam/zrezygnował 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;
5. Korzystam/nie korzystam\* z usług asystenta w ramach innych programów/projektów, realizowanych przez ....., w wymiarze ..... godzin w miesiącu;
6. Jestem świadomy/a, 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;
7. Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

wskazuję [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

.....  
Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

nie wskazuję asystenta.

**Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).**

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)







**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.



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 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 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.