



Regulamin Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej

(tekst jednolity)

I. Zasady ogólne

1. Usługi asystenckie zwane dalej „usługami” realizowane są w szczególności na terenie miasta Jaworzna.
2. Odbiorcami usług są mieszkańcy miasta Jaworzna, będący:
 - a) osobami dorosłymi posiadającymi aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany) lub grupę inwalidzką (I, II),
 - b) dziećmi od 3 do 18 roku życia, posiadającymi aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
zwanymi dalej „beneficjentami”.
3. Realizatorem usług jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Inteligentalną 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 Inteligentalną 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.



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 ubezpiecza asystentów od następstw nieszczęśliwych wypadków.
10. 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.
11. **W ramach Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej 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;
 - 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, sprzątanie, itp.);
 - w przypadku beneficjenta samotnie żyjącego - pomoc w czynnościach dnia codziennego (gotowanie, sprzątanie, 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).
6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach (beneficjent całkowicie samotny, nie posiadający rodziny, pozbawiony wsparcia najbliższego środowiska) przewiduje się realizację usługi w przypadku konieczności dojazdu beneficjenta do 30 km poza teren miasta Jaworzno w celu odbycia terminowej wizyty u lekarza, wykonania umówionych wcześniej badań medycznych, ustalenia terminu zabiegu.
Dojazd asystenta środkami PKM Jaworzno pokrywa Program Asystent Osoby Niepełnosprawnej, w razie konieczności zmiany środka komunikacji na inny, dojazd



asystenta pokrywa beneficjent.

III. Ramy czasowe realizacji usług asystenckich

1. Usługi asystenckie świadczone są od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r., 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku, w godz. 7.00 – 23.00.
2. Usługi nie są realizowane w święta określone w przepisach o dniach wolnych od pracy.
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.

I. 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.

II. 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.
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).
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 Programu podlegają wstępnej weryfikacji i uszczegółowieniu przez koordynatora Programu.
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.

III. 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.
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 Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej. 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 KARTCIE REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, stanowiącej *Załącznik nr 2* do niniejszego Regulaminu.

IV. 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 Programu.
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.

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 Programu.
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, adres i telefon siedziby Stowarzyszenia.
7. Osoba niepełnosprawna przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym, dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883).



Załącznik nr 1
do Regulaminu Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

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):
-
-
-
-
-



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

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej.

Jaworzno, dnia

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



Załącznik nr 2
do Regulaminu Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej

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)