*Załącznik nr 3 do Umowy*

**Regulamin Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

1. **Słowniczek:**
2. **Program** –resortowy program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
3. **Usługi** – usługi asystencji osobistej realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością.
4. **Asystent** – osoba świadcząca Usługi, spełniająca wymagania określone w Rozdziale II.
5. **Odbiorca usług** – osoba będąca beneficjentem usług asystenckich, szczegółowo określona w Rozdziale III.
6. **Kandydat** - osoba ubiegająca się o udział w Programie.
7. **Realizator** –Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa”, z siedzibą przy ul. Skaryszewskiej 3, 03-802 Warszawa.
8. **Wykonawca** – podmioty wyłonione w postępowaniu przetargowym, z którymi Realizator zawarł umowę na świadczenie Usług w poszczególnych dzielnicach Warszawy. Lista Wykonawców zostanie zamieszona na stronie internetowej Realizatora <https://wsparcie.um.warszawa.pl/>
9. **Informacje ogólne**
	* + 1. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenckich jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób z niepełnosprawnościami.
			2. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:
10. poprawy jakości życia osób z niepełnoprawnościami, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia,
11. wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienia pomocy adekwatnej do potrzeb,
12. uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych lub sportowych itp.,
13. dofinansowania jednostek samorządu terytorialnego w ramach realizowanych zadań mających na celu wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnościami,
14. zwiększenia wsparcia asystenckiego dla niepełnosprawnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego.
	* + 1. Źródło finansowania Programu stanowią środku Funduszu Solidarnościowego oraz środki własne m.st. Warszawy.
			2. Odbiorca Programu nie ponosi odpłatności za usługi.
			3. Usługi realizowane są w granicach administracyjnych m. st. Warszawy. W przypadku konieczności dojazdu odbiorcy usług poza Warszawę, usługi mogą być świadczone w odległości nie większej niż do 20 km od granic administracyjnych m.st. Warszawy.
			4. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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.), inne usługi finansowane
			w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust.14 rozdziału IV Programu.
15. **Odbiorcy usług**
	* + 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. Osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:
16. o stopniu znacznym,
17. o stopniu umiarkowanym,
18. traktowane na równi do wymienionych w lit. a i b. zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573).
19. **Asystenci**

Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby:

posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,

posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu,

osoby wskazane przez odbiorcę usług lub jego opiekuna prawnego, które nie
są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej (**za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z odbiorcą usług**).
W takim przypadku odbiorca usług lub jego opiekun prawny wypełnia Deklarację wyboru asystenta (**załącznik B do Regulaminu**), że wskazany przez nią asystent jest przygotowany do realizacji wobec niej usług. W przypadku braku możliwości złożenia przez odbiorcę usług deklaracji wyboru asystenta – osoba przyjmująca deklarację składa podpis we wskazanym miejscu.

W przypadku gdy usługi są świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, wymagane jest dodatkowo:

zaświadczenie o niekaralności;

pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw
na Tle Seksualnym;

1. pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica/opiekuna prawnego **– załącznik C do Regulaminu**.
2. Asystenci powinni nosić identyfikatory z imieniem i nazwiskiem wydane przez Wykonawcę.

**V. Organizacja usług**

* 1. Celem zapewnienia należytego świadczenia usług, Wykonawca zobowiązany jest do zatrudniania osób, z których każda spełnia wymogi określonew Regulaminie i Programie.
	2. Wykonawca zatrudnia asystentów wskazanych przez odbiorców Programu.
	3. Do obsługi Programu Wykonawca wyznacza koordynatora usług tj. osobę odpowiedzialną m.in. za przyjmowanie zgłoszeń od odbiorców usług, przygotowanie grafiku pracy asystentów, prowadzenie kontroli jakości usług.
	4. Wykonawca przekazuje asystentom **Karty realizacji usług** stanowiące **załącznik E
	do Regulaminu.** Asystenci zobowiązani są do prowadzenia Kart na bieżąco dla każdego odbiorcy. Realizacja każdej usługi potwierdzana jest na Karcie podpisem odbiorcy usług/opiekuna prawnego. Do Karty realizacji usług asystent dołącza ewidencję: przebiegu pojazdu (**załącznik F do Regulaminu**), kosztów przejazdu innym środkiem transportu (**załącznik G do Regulaminu**), biletów wstępu dla asystenta (**załącznik H do Regulaminu**),
	o ile były prowadzone dla danego odbiorcy. Karty realizacji usług wraz załącznikami asystent przekazuje Wykonawcy na koniec każdego okresu rozliczeniowego (miesiąca).
	5. Realizator i Wykonawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe
	w trakcie świadczenia usług, które wynikają z działania osób trzecich, niezatrudnionych
	w celu świadczenia usług.
	6. Wykonawca/asystent ma prawo odmówić realizowania usług:
1. w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu odbiorców, asystentów lub osób trzecich,
2. w sytuacjach, w których okoliczności wskazują na możliwość wywołania szkody osobom trzecim lub łamania przepisów prawa.
	1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług, Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzania kontroli pracy asystentów świadczących usługi co najmniej jeden raz na dwa miesiące, ze szczególnym uwzględnieniem dni wolnych od pracy. Z przeprowadzonej kontroli powinien zostać sporządzony protokół, który podpisuje asystent i odbiorca/opiekun prawny.

**VI. Zakres usług asystenckich oraz limity godzin świadczenia usług**

1. Usługi mogą polegać w szczególności na pomocy asystenta w:

1. wykonywaniu czynności dnia codziennego dla odbiorcy usług;
2. wyjściu, powrocie lub dojazdach z odbiorcą usług w wybrane przez odbiorcę miejsca;
3. załatwianiu spraw urzędowych;
4. korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
5. zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej
lub przyprowadzaniu ich z niej;
6. asystencji osobistej na terenie szkoły (tylko w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej

usługi).

1. Szczegółowy zakres czynności w ramach Programu zawiera **załącznik D** do Regulaminu.
2. Limit godzin usług w 2022 roku na 1 odbiorcę wynosi nie więcej niż:
3. 780 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
4. 660 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
5. 300 godzin dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
6. 360 godzin dla 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.

**VII. Rekrutacja oraz przyjmowanie zamówień na usługi**

1. Kandydat wypełnia Kartę zgłoszenia odbiorcy do Programu **– załącznik A do Regulaminu.**
2. Zgłoszenia przyjmowane są przez Realizatora.
3. Kartę zgłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami wskazanymi na Karcie, można złożyć:
4. osobiście w siedzibie Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” lub drogą pocztową na adres: ul. Skaryszewska 3, Warszawa,
5. **na Epuap adres: /CUSWarszawa/SkrytkaESP.**
6. O przyjęciu do Programu decyduje spełnienie kryteriów przewidzianych dla odbiorców usług, wymienionych w Rozdziale III, kolejność zgłoszeń oraz limit miejsc jakie posiada Realizator. Informację o zakwalifikowaniu się do Programu przekazuje odbiorcy/opiekunowi prawnemu Realizator.
7. Jeśli kandydat nie deklaruje wyboru własnego asystenta, Wykonawca wyznacza asystenta spośród osób przez niego zatrudnionych, z uwzględnieniem preferencji odbiorcy usług wymienionych w Karcie zgłoszenia do Programu.
8. Odbiorca usług zobowiązany jest zgłaszać Realizatorowi każdą zmianę danych zawartych w Karcie zgłoszenia do Programu.
9. Zamówienie na usługi składa odbiorca/opiekun prawny u Wykonawcy, realizującego usługi na terenie dzielnicy zamieszkania odbiorcy.
10. Zgłoszenia zamówienia na usługi mogą być przyjmowane drogą pisemną, osobiście, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej.
11. Wykonawca zobowiązany jest poinformować odbiorców o możliwych formach kontaktu
z koordynatorem usług i przekazania niezbędnych numerów telefonów, adresów poczty elektronicznej.
12. W przypadku niemożności realizacji usług Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie odbiorcę/opiekuna prawnego.
13. Wykonawca przy realizacji usług zapewnia Odbiorcy możliwość kontaktu w formie telefonicznej, mejlowej i osobostej.

**VIII. Sposób realizacji usługi**

* 1. Świadcząc usługi Wykonawca/asystent kieruje się poniższymi zasadami:
	2. **Akceptacja** – oparta na zasadach tolerancji, poszanowania godności, swobody wyboru, wartości i celów życiowych odbiorców usług,
	3. **Indywidualizacja** – podmiotowe podejście do odbiorcy usług, jego niepowtarzalnej osobowości, z prawami i potrzebami,
	4. **Poufność** – respektowanie prywatności tj. nieujawniania również członkom najbliższej rodziny informacji przekazanych przez odbiorcę oraz nie wchodzenie w posiadanie informacji dotyczących odbiorcy usług od osób trzecich, w tym rodziny, bez jego wiedzy i zgody (z wyłączeniem sytuacji wynikających z obowiązujących przepisów prawa),
	5. **Prawo do samostanowienia** – prawo do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji wymagających ratowania zdrowia i życia odbiorcy),
	6. **Neutralność** - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi realizowane
	są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez asystentów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.
	7. Usługi są realizowane na zasadzie współdziałania odbiorcy i asystenta.
	8. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za odbiorcę, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
	9. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz odbiorcy i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodziny odbiorcy.
	10. Pod opieką asystenta w tym samym czasie może pozostawać tylko jeden odbiorca.
	11. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji odbiorcy, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności odbiorcy.
	12. Usługi są realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym pomiędzy Wykonawcą,
	a odbiorcą.
	13. Usługa rozpoczyna się o ustalonej z odbiorcą godzinie i wskazanym przez niego miejscu.
	14. Potwierdzeniem realizacji usługi jest złożenie podpisu przez odbiorcę/opiekuna prawnego na Karcie realizacji usług asystenta.

Asystent nie jest upoważniony do przyjmowania zgłoszeń, ustalania czasu i zakresu usług.
W uzasadnionych przypadkach w obecności odbiorcy, asystent może w jego imieniu przekazać zgłoszenie Wykonawcy.

**Sprzątanie wykonywane jest przy użyciu materiałów i środków czystości odbiorcy usług.** **Usługa nie obejmuje**: gruntownego sprzątania mieszkania (m.in. sprzątania po remontach), mycia lamp wiszących i żyrandoli, mycia klatki schodowej, mycia krat i rolet zewnętrznych, trzepania i prania dywanów, chodników dywanowych, sprzątania balkonów, tarasów, ogródków, prac sezonowych (m.in. zagrabiania liści, odśnieżania). W przypadku osób mieszkających z rodziną, wymienione **czynności realizowane są wyłącznie na rzecz odbiorcy usług,** i nie obejmują sprzątania mieszkania na rzecz całej rodziny.

* 1. Jeżeli czynności polegające na wsparciu w przemieszczaniu się, wsparciu
	w komunikacji z otoczeniem wymagają użycia specjalistycznego sprzętu (np. podnośnik, wózek, balkonik, schodołaz, sprzęt do komunikacji alternatywnej itp.), zapewnienie go jest po stronie odbiorcy usług.
	2. W przypadku usług wymagających wysiłku fizycznego (w tym związanych z pielęgnacją, zmianą pozycji ciała i przemieszczaniem się), ma zastosowanie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym (Rozdział 3 -  Ręczne przemieszczanie przedmiotów przez jednego pracownika od  § 13).

Załączniki do Regulaminu:

* + 1. Załącznik A do Regulaminu – Karta zgłoszenia odbiorcy do Programu
		2. Załącznik B do Regulaminu – Deklaracja wyboru asystenta
		3. Załącznik C do Regulaminu – Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica/opiekuna prawnego
		4. Załącznik D do Regulaminu – Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu
		5. Załącznik E do Regulaminu – Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu wraz
		z ewidencjami (F,G,H)

 *Załącznik A do Regulaminu*

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2022\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………………………………………..

2. Adres zamieszkania:

ul. ……………………….…...................……....

Kod pocztowy:.............................................…………..…………………………..

Dzielnica: …………………………………………………………….

3. Telefon kontaktowy/mejl (do wyboru): ……………………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

4. Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………………………...………………………………………….

5. Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

7. Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

8. Grupa/stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć jeden typ/wariant):

**Dorośli, czyli osoby od 16 roku życia**:
I grupa [ ]

znaczny [ ]

znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną[[2]](#footnote-2) [ ]  wskaż symbole z orzeczenia …………………………….

całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji [ ]

stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym,
połączona z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego [ ]

II grupa [ ]

umiarkowany [ ]

całkowita niezdolność do pracy [ ]

**Dzieci, czyli osoby do 16 roku życia:**

Orzeczenie o niepełnosprawności:

1. łącznie ze wskazaniami koniecznej stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innej osoby w związku
ze znacznym ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału
na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji [ ]

1. bez wskazań koniecznej stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznym ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji [ ]

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu:

paraplegia (porażenie poprzeczne, dwukończynowe) [ ] ,

tetraplegia (porażenie czterokończynowe) [ ] ,

hemiplegia (porażenie połowicze) [ ] ;

dziecięce porażenie mózgowe [ ] ; (typ: paraplegia [ ] , tetraplegia [ ]  , hemiplegia [ ] )

stwardnienie rozsiane [ ] ;

dystrofia mięśniowa [ ] ;

przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)[ ] ,

inne …………………………………………………………………………. [ ] ,

1. dysfunkcja narządu wzroku[ ] ,
2. zaburzenia psychiczne[ ] ,
3. dysfunkcje o podłożu neurologicznym[ ] ,
4. dysfunkcja narządu mowy i słuchu[ ] ,
5. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne[ ] ,

10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

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

11. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu**[ ]  |  1) samodzielnie[ ]   | 2) samodzielnie z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [ ]  | 3) nie porusza się samodzielnie [ ]   |
| **Poza miejscem zamieszkania** [ ] **,** |  1) samodzielnie[ ]   |  2) samodzielnie z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. [ ]  | 3) nie porusza się samodzielnie [ ]  |

**Czy miejsce zamieszkania jest dostosowane do Pana (i) potrzeb:**

winda: **tak** [ ]  **nie** [ ]  podjazd: **tak** [ ]  **nie** [ ]  platforma: **tak** [ ]  **nie** [ ]

schodołaz: **tak** [ ]  **nie** [ ]  bariery jeżeli są proszę wymienić jakie………………………………………………………

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak**[ ] **/Nie**[ ]

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie oraz jakiego specjalistycznego sprzętu Pani/Pan korzysta na co dzień?

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

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

**Sprzęty specjalistyczne, z których na co dzień korzysta Pan(i) (proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):**

wózek standardowy [ ]  wózek elektryczny [ ]  kule [ ]

balkonik [ ]  biała laska [ ]  schodołaz [ ]

protezy [ ]  podnośnik [ ]  trójnóg [ ]

alternatywne sposoby komunikacji (jakie …………………………………………………………………………………………………………….)

inne (proszę wymienić jakie…………………………………………………………………………………………………………………………………..)

**II. ŚRODOWISKO:**

1. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?
2. czynności samoobsługowe **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
3. czynności pielęgnacyjne **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
4. w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
5. w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ] **/Nie**[ ]
6. 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?

poniedziałek [ ] ; wtorek [ ] ; środa [ ] ; czwartek [ ] ; piątek [ ] ; sobota [ ] ; niedziela [ ]

rano(06.00-12.00) [ ] ; popołudniu (12.00-18.00) [ ] ; wieczorem (18.00 -24.00) [ ] ; noc (24.00-06.00) [ ]

inne jakie…………………………………………………………………………...............................................................................................

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**[ ]

8. Czy może Pan(i)wskazać osobę (asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)która będzie realizowała usługi asystencji osobistej na rzecz Pan(i) **Tak**[ ]  **- jeśli tak, proszę o uzupełnienie załącznika B do Regulaminu -** Deklaracja wyboru asystenta

**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:**

Oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Warszawy;
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
3. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będę korzystał/a z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz.1876, z późn. zm.), innych usług finansowanych w ramach Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie z innych źródeł.
4. Wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług bezpośrednio w miejscu realizacji usług;
5. 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
6. Zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią *Programu* *„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022* i regulaminem *Programu* „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
7. Oświadczam, że posiadam wskazany w karcie zgłoszenia sprzęt/oprzyrządowanie, niezbędne do świadczenia oczekiwanego wsparcia.
8. Dostałem do zapoznania **Klauzule informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.**

Miejscowość ………………………………., data ……… …………………...…………………………………………………………………….

 (Podpis odbiorcy Programu/opiekuna prawnego)

**VI.** **Załączniki:**

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważne 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.
2. Załącznik B do Regulaminu – Deklaracja wyboru asystenta
3. Załącznik C do Regulaminu - Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka
 z niepełnosprawnością( dotyczy usług na rzecz dzieci do 16 roku);
4. Załącznik D do Regulaminu – Zakres czynności w ramach usług asystenta do Programu *„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”-edycja 2022.*
5. Inne:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 *Załącznik nr B do Regulaminu*

Warszawa,…..…………………………………

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

(Imię i nazwisko odbiorcy Programu/ opiekuna prawnego)

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

(adres zamieszkania)

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

(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:
Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………………………………….
Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………………………………………………..
Telefon:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
E-mail: ............................................................................................................................................................

Jednocześnie oświadczam, że:

1. wyżej wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej.
2. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

……………………………………………………………

(podpis odbiorcy Programu /opiekuna prawny)

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

W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia ustnego:
 podpis osoby przyjmującej deklarację

 *Załącznik C do Regulaminu*

Warszawa, ..................................

(data)

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

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(ulica)

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

(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
 DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

 Ja, ………………………………………………………………………………………………………………… rodzic/opiekun prawny\* uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka)…………………………………………………………………………………………………. akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………….…………jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

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

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*podkreślić jedną z opcji

 *Załącznik D do Regulaminu*

**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:
	1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli [ ] ;
	2. czesaniu [ ] ;
	3. goleniu[ ] ;
	4. obcinaniu paznokci rąk i nóg[ ] ;
	5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku[ ] ;
	6. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń[ ] ;
	7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów[ ] ;
	8. słaniu łóżka i zmianie pościeli[ ] ;
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
	1. sprzątaniu mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci[ ] ;
	2. 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)[ ] ;
	3. myciu okien[ ] ;
	4. utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)[ ] ;
	5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] ;
	6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go[ ] ;
	7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] ;

**Sprzątanie wykonywane jest przy użyciu materiałów i środków czystości odbiorcy usług.** **Usługa nie obejmuje**: gruntownego sprzątania mieszkania (m.in. sprzątania po remontach), mycia lamp wiszących i żyrandoli, mycia klatki schodowej, mycia krat i rolet zewnętrznych, trzepania i prania dywanów, chodników dywanowych, sprzątania balkonów, tarasów, ogródków, prac sezonowych (m.in. zagrabiania liści, odśnieżania). W przypadku osób mieszkających z rodziną, wymienione **czynności realizowane są wyłącznie na rzecz odbiorcy usług,** i nie obejmują sprzątania mieszkania na rzecz całej rodziny.

1. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej[ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)[ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym[ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu[ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami[ ] ;
	6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta[ ] ;

**Usługi asystenckie realizowane są wyłącznie na rzecz mieszkańców m.st. Warszawy**, **na terenie Warszawy.**
W przypadku konieczności dojazdu odbiorcy usług poza Warszawę, usługi mogą być świadczone w odległości nie większej niż 20 km od granic administracyjnych m.st. Warszawy.

1. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. wyjście na spacer[ ] ;
	2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.[ ] ;
	3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie
	 z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)[ ] ;
	4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
	5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze[ ] ;
	6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni[ ] ;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] .

Warszawa, dnia…………………………. 2022 r. ………………………………………………………………

 (podpis odbiorcy/opiekuna prawnego)

 *Załącznik D do Regulaminu*

**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:
	1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli [ ] ;
	2. czesaniu [ ] ;
	3. goleniu[ ] ;
	4. obcinaniu paznokci rąk i nóg[ ] ;
	5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku[ ] ;
	6. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń[ ] ;
	7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów[ ] ;
	8. słaniu łóżka i zmianie pościeli[ ] ;
2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
	1. sprzątaniu mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci[ ] ;
	2. 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)[ ] ;
	3. myciu okien[ ] ;
	4. utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)[ ] ;
	5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] ;
	6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go[ ] ;
	7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] ;

**Sprzątanie wykonywane jest przy użyciu materiałów i środków czystości odbiorcy usług.** **Usługa nie obejmuje**: gruntownego sprzątania mieszkania (m.in. sprzątania po remontach), mycia lamp wiszących i żyrandoli, mycia klatki schodowej, mycia krat i rolet zewnętrznych, trzepania i prania dywanów, chodników dywanowych, sprzątania balkonów, tarasów, ogródków, prac sezonowych (m.in. zagrabiania liści, odśnieżania). W przypadku osób mieszkających z rodziną, wymienione **czynności realizowane są wyłącznie na rzecz odbiorcy usług,** i nie obejmują sprzątania mieszkania na rzecz całej rodziny.

1. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
	1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej[ ] ;
	2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)[ ] ;
	3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym[ ] ;
	4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu[ ] ;
	5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami[ ] ;
	6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta[ ] ;

**Usługi asystenckie realizowane są wyłącznie na rzecz mieszkańców m.st. Warszawy**, **na terenie Warszawy.**
W przypadku konieczności dojazdu odbiorcy usług poza Warszawę, usługi mogą być świadczone w odległości nie większej niż 20 km od granic administracyjnych m.st. Warszawy.

1. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
	1. wyjście na spacer[ ] ;
	2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.[ ] ;
	3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie
	 z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)[ ] ;
	4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
	5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze[ ] ;
	6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni[ ] ;
	7. wsparcie w załatwianiu spraw  w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)[ ] .

Warszawa, dnia…………………………. 2022 r. ………………………………………………………………

 (podpis odbiorcy/opiekuna prawnego)

**Klauzula informacyjna w ramach** **Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Zgodnie z art. 13 i art.14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Prezydent m.st. Warszawy z siedzibą: Plac Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa. Dane kontaktowe do Urzędu m.st. Warszawy znajdują się na stronie: <https://bip.warszawa.pl/Menu_podmiotowe/urzad/kontakt/default.htm>
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@um.warszawa.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, w tym rozliczenie otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,
na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne
do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października
2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych oraz osoby zatrudnione/świadczące/realizujące usługi asystenta.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są:
8. Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” z siedzibą: ul. Skaryszewska 3,
03-802 Warszawa, tel. 22 277 49 70 , email: cus@um.warszawa.pl - realizujący Projekt
w imieniu i na rzecz Prezydenta m.st. Warszawy na mocy zawartego porozumienia ws. powierzenia przetwarzania danych osobowych pomiędzy podmiotami. Informacja na temat Centrum, w tym dane adresowe znajdują się na stronie: <https://wsparcie.um.warszawa.pl/-/centrum-uslug-spolecznych-o-nas>
9. podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez administratora - Prezydenta m.st. Warszawy oraz podmiot przetwarzający – Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa”,
w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodę Mazowieckiego m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.[[3]](#footnote-3))
10. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.
1. ) Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412). [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepełnosprawność sprzężona to niepełnosprawność wieloraka, złożona, w przebiegu której stwierdza się co najmniej dwie przyczyny niepełnosprawności. Niepełnosprawność sprzężona uwzględnia co najmniej dwie jednostki chorobowe (które są wskazane w orzeczeniu) spośród:

	* uszkodzeń narządów wewnętrznych, narządów zmysłów i narządów ruchu
	* zaburzeń funkcjonalnych o podłożu emocjonalno-psychicznym
	* obniżeniu funkcji intelektualnych. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) W przypadku udostępniania Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej danych osób fizycznych gmina/powiat (Prezydent m.st. Warszawy) zrealizuje w imieniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*.* Klauzulę Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 14 do Programu. [↑](#footnote-ref-3)