

## ZARZĄDZENIE NR 1/2024

Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim  
z dnia 5 stycznia 2024 r.

w sprawie wprowadzenia regulaminu naboru, uczestnictwa i realizacji resortowego  
Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” – edycja 2024.

Na podstawie art. 18 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 901) w odniesieniu do resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 zarządzam, co następuje:

### § 1.

Wprowadza się Regulamin naboru, uczestnictwa i realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 w brzmieniu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

### § 2.

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikom Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim.

### § 3.

Zarządzenie wychodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje do dnia zakończenia pełnej realizacji Programu.

**KIEROWNIK**  
Miejskiego Ośrodka Pomocy  
Społecznej  
*Nina Czarnecka-Bajda*

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2024  
Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy  
Społecznej w Radzynie Podlaskim  
z dnia 5 stycznia 2024 r.

**REGULAMIN NABORU, UCZESTNICTWA I REALIZACJI RESORTOWEGO  
PROGRAMU MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ „ASYSTENT  
OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024.**

## § 1. Definicje.

1. **Asystent** – osoba świadcząca usługi asystencji osobistej, spełniająca wymagania określone w rozdziale IV pkt Programu;
2. **Członek rodziny** – wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
3. **Kandydat** – osoba ubiegająca się o udział w Programie na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie, która zadeklarowała chęć uczestnictwa w Programie w terminie wstępnej rekrutacji do Programu tj. w okresie od 23 sierpnia 2023 r. do 8 września 2023 r. do godz. 12:00;
4. **Komisja rekrutacyjna** – pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim powołani Zarządzeniem Kierownika MOPS w Radzynie Podlaskim;
5. **Niepełnosprawność sprzężona** – posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności;
6. **Program** – Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego:  
<https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spoecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego---edycja-2024>
7. **Realizator** – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim, ul. Warszawska 32, 21-300 Radzyń Podlaski – jednostka organizacyjna Miasta Radzyń Podlaski;
8. **Uczestnik** – osoba zakwalifikowana do Programu na podstawie zasad ujętych w niniejszym Regulaminie, spełniająca wymagania określone w rozdziale III pkt 2 Programu;
9. **Usługi** – usługi asystencji osobistej realizowane na rzecz osoby z niepełnosprawnością zgodnie z zapisami zawartymi w rozdziale IV pkt 10 Programu.

**§ 2.**  
**Postanowienia ogólne.**

1. Program będzie realizowany zgodnie ze złożonym i zaakceptowanym przez Lubelski Urząd Wojewódzki wnioskiem Miasta Radzyń Podlaski na środki finansowe z Programu, które w całości pochodzą z Funduszu Solidarnościowego.
2. Program będzie realizowany na terenie Miasta Radzyń Podlaski od dnia zawarcia umowy na realizację pomiędzy Wojewodą Lubelskim a Miastem Radzyń Podlaski do dnia 31.12.2024 r.
3. Odbiorcami usług są mieszkańcy Miasta Radzyń Podlaski.
4. Liczba miejsc w Programie jest ograniczona i uwarunkowana otrzymanymi na ten cel środkami.
5. Program zapewnia realizację usługi mającą na celu pomoc Uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
6. Usługi będą realizowane zgodnie z indywidualnymi potrzebami Uczestnika oraz z zakresem określonym przez Uczestnika, przy uwzględnieniu jego aktywnego udziału.
7. Usługi nie będą realizowane w placówkach zapewniających całodobową opiekę (szpitale, zakłady opiekuńczo lecznicze itp.) oraz w placówkach wsparcia dziennego (ośrodki wsparcia, dzienne domy pobytu itp.).

**§ 3.**  
**Rekrutacja do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**– edycja 2024.**

1. Usługą planowane jest objęcie **dziesięciu osób** dorosłych, w tym:
  - 1) **5 osób** posiadających orzeczenie o znacznym i/lub równoważnym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją;
  - 2) **5 osób** z orzeczeniem o znacznym i/lub równoważnym stopniu niepełnosprawności stopniu niepełnosprawnościz zastrzeżeniem, że osoby leżące nie kwalifikują się do wsparcia w formie usługi.
2. Realizator dokonuje kwalifikacji na podstawie Karty zgłoszenia do Programu wraz z innymi wymaganymi dokumentami złożonymi w terminie wstępnej rekrutacji do Programu tj. w okresie od 23 sierpnia 2023 r. do 8 września 2023 r. do godz. 12:00.
3. Zgłoszenia do Programu będą rozpatrywane przez Komisję rekrutacyjną powołaną przez Kierownika Realizatora stosownym zarządzeniem.
4. Decyzja Komisji rekrutacyjnej jest ostateczna i nie podlega procedurze odwoławczej.
5. Członkowie Komisji Rekrutacyjnej przed przystąpieniem do weryfikacji kryteriów formalnych i wartości punktowanych złożą oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
6. Przy kwalifikowaniu do Programu będą brane pod uwagę niżej wymienione wartości punktowe:
  - 1) **Sytuacja rodzinna:**
    - a. osoba samotna (mieszkam sam/a, nie mam swojej rodziny) – **5 pkt**;
    - b. mam rodzinę, ale mieszkam sam/a – **3 pkt**;mieszkam z rodziną, ale ze względu na ich stan zdrowia bądź aktywizację zawodową wymagam wsparcia innych osób – **1 pkt**;

**2) Wsparcie ze strony instytucji:**

- a. nie korzystanie z innych form wsparcia np. usługi opiekuńcze, zajęcia w Klubie Seniora czy w Dziennym Środowiskowym Domu Samopomocy itd. – **5 pkt**;
- b. korzystanie z form wsparcia wymienionych w pkt 2a w wymiarze do 15 godzin miesięcznie – **3 pkt**;
- c. korzystanie z form wsparcia wymienionych w pkt 2a) w wymiarze powyżej 15 godzin miesięcznie – **1 pkt**;

**3) Wsparcie ze strony rodziny, opiekunów prawnych:**

- a. rodzina/ opiekun prawny nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tyt. sprawowania opieki nad kandydatem – **5 pkt**;
- b. rodzina/ opiekun prawny pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tyt. sprawowania opieki nad kandydatem – **1 pkt**.

7. Do uczestnictwa w programie zostaną zakwalifikowani kandydaci, którzy uzyskają największą ilość punktów w procesie rekrutacji. W przypadku kandydatów posiadających taką samą liczbę punktów, o zakwalifikowaniu do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.
8. O zakwalifikowaniu do Programu kandydaci zostaną poinformowani pisemnie.

#### § 4.

#### Zasady uczestnictwa w Programie przez uczestnika i asystenta

1. Za realizację usługi Uczestnik nie ponosi odpłatności.
2. Limit godzin usługi finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jednego uczestnika Programu wynosi, w przypadku osób posiadających orzeczenie o:
  - 1) znacznym i/lub równoważnym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją – **380 godzin w trakcie realizacji programu;**
  - 2) znacznym i/lub równoważnym stopniu niepełnosprawności stopniu niepełnosprawności – **243 godzin w trakcie realizacji programu;**
3. Każdy Uczestnik zobowiązany jest do informowania Realizatora o zmianach dotyczących jego sytuacji mogącej mieć wpływ na realizację usługi jak też o wszelkich nieprawidłowościach w realizacji wsparcia Asystenta.
4. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania Uczestnika poza teren Miasta Radzyń Podlaski, Uczestnik składa pracownikowi socjalnemu Realizatora oświadczenie o rezygnacji z Programu.
5. Zarówno Uczestnik jak i Asystent biorący udział w Programie, wyrażają zgodę na kontrolę oraz monitoring świadczonych usług w miejscu ich realizacji.
6. Usługi rozliczane będą na podstawie wypełnionej karty rozliczenia usług.
7. Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz Uczestnika i wskutek jego decyzji, a nie dla poszczególnych członków rodziny Uczestnika.
8. Asystent nie podejmuje decyzji za Uczestnika, jego celem jest jedynie wsparcie lub pomoc w realizacji osobistych zamiarów.

9. Asystent w tym samym czasie może wspierać tylko jednego Uczestnika.
  
10. Asystent zobowiązany jest do informowania o swojej nieobecności Uczestnika i Realizatora.



**§ 5.**  
**Postanowienia końcowe.**

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie zapisy Programu.
2. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych w Programie i Regulaminie, decyzję co do rozstrzygnięć podejmuje Kierownik Realizatora.
3. W uzasadnionych przypadkach, Realizator zastrzega sobie prawo wniesienia zmian do niniejszego Regulaminu lub wprowadzenia dodatkowych dokumentów.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymaga zachowania formy pisemnej.
5. Niniejszy Regulamin jest dostępny w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim, ul. Warszawska 32 oraz na stronie internetowej <http://mopsradzyn.naszops.pl/>

**Załączniki do Regulaminu:**

1. Załącznik nr 1 –Klauzula informacyjna w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024;
2. Załącznik nr 2 –Oświadczenie Uczestnika Programu;
3. Załącznik nr 3 – Oświadczenie członka Komisji rekrutacyjnej do Programu;
4. Załącznik nr 4 – Karta oceny wniosku zgłoszonego we wstępnej rekrutacji do Programu.

## **KLAUZULA INFORMACYJNA W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024**

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 Miasto Radzyń Podlaski/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim, reprezentowany przez Kierownika, ul. Warszawska 32, 21-300 Radzyń Podlaski, adres **e-mail: [mopsradzyn@poczta.fm](mailto:mopsradzyn@poczta.fm)**
2. Inspektorem Ochrony Danych jest pani Dorota Krawczyk (**e-mail: [mopsradzyn@poczta.fm](mailto:mopsradzyn@poczta.fm)**, nr telefonu: 83 413-17-53).
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024, 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 2024, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647).
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 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 Miasto Radzyń Podlaski/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzynie Podlaskim, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystenta na rzecz uczestników Programu lub opiekunów prawnych mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Lubelskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.
8. Ma Pan/i 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](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)).
9. Ponadto ma Pan/i 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, pochodzenia lub obrony roszczeń.
10. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024 lub realizacji Programu jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

....., dnia ..... r.  
(miejsowość)

.....  
(czytelny podpis)

Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru,  
uczestnictwa i realizacji resortowego  
Programu Ministra Rodziny i Polityki  
Społecznej „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” – edycja 2024

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

.....  
(imię/ imiona i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na<sup>1</sup>:

- mojego osobistego Asystenta,  
 Asystenta mojego podopiecznego .....  
(imię/ imiona i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Pana/Panią .....  
(imię/ imiona i nazwisko Asystenta)

.....  
(dane kontaktowe wskazanego Asystenta tj. adres zamieszkania, numer telefonu)

Oświadczam, że wyżej wskazany Asystent:  
– nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym<sup>2</sup>,  
– jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego<sup>2</sup> usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez Realizatora Programu kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....  
(czytelny podpis Uczestnika Programu/ opiekuna prawnego)

<sup>1</sup> Właściwe zaznaczyć.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru,  
uczestnictwa i realizacji resortowego  
Programu Ministra Rodziny i Polityki  
Społecznej „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” – edycja 2024

## **OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024**

.....  
(Imię/ imiona i nazwisko członka Komisji rekrutacyjnej)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się o uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024;
2. Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów do Programu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

....., dnia ..... r.  
(miejsowość)

.....  
(czytelny podpis)

---

W związku z zaistnieniem okoliczności o której mowa w pkt .....<sup>1</sup> podlegam wyłączeniu z dalszych prac w Komisji rekrutacyjnej.

....., dnia ..... r.  
(miejsowość)

.....  
(czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Wskazać właściwy punkt, jeżeli dotyczy.

Załącznik nr 4 do Regulaminu naboru,  
uczestnictwa i realizacji  
resortowego Programu Ministra Rodziny i  
Polityki Społecznej „Asystent osobisty  
osoby  
z niepełnosprawnością” – edycja 2024

**KARTA OCENY WNIOSKU ZGŁOSZONEGO WE WSTĘPNEJ REKRUTACJI  
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”  
– EDYCJA 2024**

.....  
(Imię/ imiona Kandydata do Programu)

Wniosek ww. kandydata spełnia wymagania formalne TAK/NIE<sup>1</sup>

Kryteria oceny	Pkt przysługujące	Pkt przyznane
<b>Sytuacja rodzinna</b>		
osoba samotna (mieszkam sam/a, nie mam swojej rodziny)	<b>5 pkt</b>	
mam rodzinę, ale mieszkam sam/a	<b>3 pkt</b>	
mieszkam z rodziną, ale ze względu na ich stan zdrowia bądź aktywizację zawodową wymagam wsparcia innych osób	<b>1 pkt</b>	
<b>Wsparcie ze strony instytucji</b>		
nie korzystanie z innych form wsparcia np. usługi opiekuńcze, zajęcia w Klubie Seniora czy w Dziennym Środowiskowym Domu Samopomocy itd.	<b>5 pkt</b>	
korzystanie z form wsparcia wymienionych wyżej w wymiarze do 15 godzin miesięcznie	<b>3 pkt</b>	
korzystanie z form wsparcia wymienionych wyżej w wymiarze powyżej 15 godzin miesięcznie	<b>1 pkt</b>	
<b>Wsparcie ze strony rodziny, opiekunów prawnych</b>		
rodzina/ opiekun prawny nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tyt. sprawowania opieki nad kandydatem	<b>5 pkt</b>	
rodzina/ opiekun prawny pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tyt. sprawowania opieki nad kandydatem	<b>1 pkt</b>	
<b>Suma przyznanych pkt</b>		.....

<sup>1</sup>Właściwe zaznaczyć.