

Załącznik do Zarządzenia nr 5/2025
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej
w Wołominie z dnia 14 stycznia 2025 r.

**Regulamin rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025” w Gminie Wołomin**

§1

Postanowienia ogólne

1. Podstawą realizacji usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, zwanej dalej usługą asystenta, jest Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, zwany dalej Programem.
2. Źródłem finansowania Programu jest państwowy fundusz celowy Fundusz Solidarnościowy.
3. Usługi świadczone przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia w tym:
 - 1) wsparcia uczestnika Programu w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - 2) wsparcia uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról w rodzinie;
 - 3) wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - 4) wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
4. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Wołomin.
5. Jednostką realizującą Program jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie zwany dalej Ośrodkiem.
6. Program będzie prowadzony do dnia 18 grudnia 2025 r.

§2

Rekrutacja

1. Do udziału w Programie będą kwalifikowane:
 - 1) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w 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
oraz
osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
- b) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, albo
- c) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi 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.

2. Liczba miejsc w Programie w 2025 r. to 45, w tym 20 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, 16 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 3 osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, 3 osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną oraz 3 dzieci w wieku od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w 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.

3. W sytuacji dostępności godzin Ośrodek zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby uczestników Programu. Ośrodek zastrzega również możliwość zmiany liczby uczestników we wskazanych w ust. 2 kategoriach wiekowych, zmiany liczby osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z uwagi na otrzymane zgłoszenia od osób zainteresowanych udziałem w Programie.

4. Do udziału w Programie kwalifikuje powołana komisja, w skład której wchodzi przedstawiciele Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie.

5. Do udziału w Programie będą kwalifikowane osoby spełniające następujące warunki:

1) zamieszkanie na terenie gminy Wołomin; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zawartej „Karcie zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu;

2) dzieci w wieku od ukończenia 2. 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 albo osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub dokument równoważny; weryfikacja spełniania kryterium nastąpi na podstawie przedstawionej kopii orzeczenia lub dokumentu równoważnego;

3) osoby, które w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie korzystają z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji

Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 12, finansowane ze środków publicznych; weryfikacja spełnienia kryterium nastąpi na podstawie oświadczenia osoby zainteresowanej udziałem w Programie lub jej opiekuna prawnego. Oświadczenie należy złożyć na wzorze stanowiącym załącznik nr 1 do regulaminu.

6. Pierwszeństwo do zakwalifikowania do udziału w Programie będą mieć:

- 1) osoby z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
- 2) osoby z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich.

Weryfikacja spełnienia tego kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zawartej „Karcie zgłoszenia do Programu Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.

7. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy są uzależnione od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu; weryfikacja spełnienia kryterium nastąpi na podstawie deklaracji zawartej w „Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu oraz wskazanego do realizacji zakresu czynności określonego w załączniku numer 2 do regulaminu.

8. Dokumenty rekrutacyjne, w szczególności:

- 1) Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (załącznik numer 1 do regulaminu) wraz z kopią orzeczenia o niepełnosprawności;
- 2) Kartę zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (załącznik numer 2 do regulaminu);
- 3) kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia orzeczenia o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w 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;

- należy złożyć w formie papierowej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Wołominie, al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin lub za pośrednictwem profilu zaufanego ePUAP.

9. O udziale w Programie decyduje w szczególności kolejność zgłoszeń oraz pierwszeństwo udziału wymienione w ustępie 6.

10. Nabór jest prowadzony w sposób ciągły do wyczerpania liczby miejsc/limitu godzin.
11. Po wyczerpaniu liczby miejsc/limitu godzin osoby zostaną wpisane na listę rezerwową. W przypadku rezygnacji z udziału przez osobę zakwalifikowaną, do Programu będzie zapraszana kolejna osoba z listy rezerwowej.
12. O wynikach rekrutacji osoby zostaną poinformowane pisemnie.

§3

Prawa i obowiązki uczestnika

1. Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny nie ponosi odpłatności za usługę przyznaną w ramach Programu.
2. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - 1) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym lub
 - 2) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub
 - 3) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025. Wskazanie asystenta odbywa się pisemnie na wzorze stanowiącym załącznik numer 3 do regulaminu.
3. Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.
4. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, zostaje on wybrany przez Ośrodek spośród osób spełniających wymagania określone w ustępie 2 pkt 1-2.
5. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

6. Spełnienie wymogów, o których mowa w ust. 5 następuje poprzez przedstawienie:

- 1) zaświadczenia o niekaralności;
- 2) informacji o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- 3) oświadczenia o państwie lub państwach, w których osoba zamierzająca świadczyć usługi asystencji osobistej zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
- 4) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

7. Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika w 2025 roku wynosi nie więcej niż:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną.
- 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - b) traktowanych na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 4) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art., 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w 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 współdziałania co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

7. Zapotrzebowanie na miesięczny limit godzin usług asystencji osobistej w Programie określa osoba zgłaszająca chęć udziału w Programie lub opiekun prawny w „Karcie zgłoszenia do Programu *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* – edycja 2025”, stanowiącej załącznik numer 1 do regulaminu.

8. Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tą samą osobę maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Jako godzinę należy rozumieć 60 minut. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.

9. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania

10. Usługa asystencji osobistej na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi.

11. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.

12. Asystent realizuje usługi na rzecz osoby niepełnosprawnej i w skutek jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin osoby niepełnosprawnej.

§4

Postanowienia końcowe

1. W przypadku braku możliwości złożenia przez osobę niepełnosprawną oświadczenia w formie pisemnej, realizator Programu przyjmuje ustne oświadczenie osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o usługi asystencji osobistej, z którego sporządza protokół przyjęcia ustnego oświadczenia.

2. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania/pobytu poza granice administracyjne gminy Wołomin osoba korzystająca z usług asystenta składa do Ośrodka oświadczenie o rezygnacji z udziału w Programie w Gminie Wołomin.

3. Osoba zakwalifikowana do Programu jest zobowiązana do respektowania zasad regulaminu.

4. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawierają informacje stanowiące załącznik numer 4 i numer 5 do regulaminu.

5. W przypadku zaistnienia sytuacji nieuregulowanych regulaminem, decyzje co do rozstrzygnięć podejmuje Dyrektor Ośrodka.

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025” w Gminie Wołomin

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Status na rynku pracy:

.....

6. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

7. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

8. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ,

2) dysfunkcja narządu wzroku ,

3) zaburzenia psychiczne ,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – **Tak** / **Nie**

11. Czy porusza się Pan(i):

w domu <input type="checkbox"/>	samodzielnie <input type="checkbox"/>	z pomocą sprzętów topedycznych itp. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów orortopedycznych
poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/>	samodzielnie <input type="checkbox"/>	z pomocą sprzętów topedycznych itp. <input type="checkbox"/>	nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych <input type="checkbox"/>

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

13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

.....
.....

14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

15. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

II. ŚRODOWISKO:

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania?

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

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć:

2. Wiek:.....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

4. Czy wskazuje Pan (i) asystenta? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

5. W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

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

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

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

7. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

- a) ubieranie **Tak** / **Nie** ;
- b) korzystanie z toalety **Tak** / **Nie** ;
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** / **Nie** ;
- d) czesanie **Tak** / **Nie** ;
- e) golenie **Tak** / **Nie** ;
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu **Tak** / **Nie** ;
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** / **Nie** ;

- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** / **Nie**
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** / **Nie**
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** / **Nie**
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** / **Nie**
- l) stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** / **Nie**

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** / **Nie**
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** / **Nie**
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** / **Nie**
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie**
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** / **Nie**

- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** / **Nie** .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** .
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** / **Nie** .
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** / **Nie** .
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** / **Nie** .
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** / **Nie** .
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta **Tak** / **Nie** .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** / **Nie** .
 - b) wyjście na spacer **Tak** / **Nie** .
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** / **Nie** .
 - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** / **Nie** .
 - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** / **Nie** .
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** / **Nie** .
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** / **Nie** .

- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. **Tak** / **Nie** ;
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** / **Nie** ;
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** / **Nie** .

8. Czy jest Pan (i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana (i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** / **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?**

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

3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę o podanie:

- a. limitu przyznanych godzin:
- b. limitu wykorzystanych godzin:
- c. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

V. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 12 Programu finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby asystenta w części III ust. 4 niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej dla uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt. 1) i 2) Programu.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w 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.

Załącznik 2 do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2025”
w Gminie Wołomin

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025**

***Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.*

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1. wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
 - a) ubieranie
 - b) korzystanie z toalety
 - c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - d) czesanie
 - e) golenie
 - f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - g) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
 - l) sianie łóżka i zmiana pościeli

2. wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
 - b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie - np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka,

- prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
 - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
 - b) wyjście na spacer
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
 - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
 - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy

- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji .

Miejscowość, dnia

Załącznik 3 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025”
w Gminie Wołomin

Oświadczenie dotyczące asystenta

Ja niżej podpisany/podpisana _____
oświadczam, iż do pełnienia roli asystenta osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2025”

Pani/Pana _____

wyznaczam Panią/Pana _____

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) wskazany asystent jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec wyżej wymienionej osoby, na rzecz której usługi asystencji osobistej będą świadczone;
- 2) wskazany asystent nie jest członkiem rodziny, w szczególności: rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem/wnuczką, babcią, dziadkiem, teściem, teściową, zięciem, synową, macochą, ojczymem, osobą pozostającą we wspólnym pożyciu ani osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

Miejscowość _____, data _____

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025” w Gminie Wołomin

Klauzula informacyjna RODO Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 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”, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej informuje, że:

Tożsamość administratora i dane kontaktowe

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrpips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

Kategorie danych osobowych

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby do kontaktu ze strony Wojewody, gminy/powiatu lub innego podmiotu, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu (dot. osoby wskazanej w umowie, osób upoważnionych do składania wyjaśnień oraz osób wskazanych w załącznikach do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025): imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku osoby świadczącej usługi asystencji osobistej określone w przyjętym przez Ministra Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny), w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1, art. 6 pkt 1, art. 7 ust. 5 oraz art. 14 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 296 i 863), dotyczących udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym poprzez przyjmowanie programów, nabór wniosków lub ogłaszanie konkursów ofert w ramach tych programów i nadzór nad ich realizacją.

Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych

Pani/ Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów wspierających Ministra w wypełnianiu obowiązków i świadczeniu usług przez Ministra, w tym zapewniających obsługę, asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/ Pana dane.

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

Źródło pochodzenia danych

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 lub podmiot, który udostępnił nam dane, w związku z zawarciem lub realizacją umowy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji
i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego -edycja 2025” w Gminie Wołomin

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA PAŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH

WYNIKAJĄCE Z ART. 13 RODO

Administrator

Administratorem Państwa danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie.
Z Administratorem można się skontaktować w następujący sposób:

- listownie: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin;
- za pomocą poczty elektronicznej: ops@ops.wolomin.pl;
- osobiście w siedzibie Ośrodka: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin;
- telefonicznie: +48 22 787 27 01.

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się za pomocą:

- listu: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin;
- poczty elektronicznej: iod@ops.wolomin.pl;
- osobiście w siedzibie Ośrodka: Al. Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin;
- telefonicznie: +48 22 787 27 01.

Cel i podstawy przetwarzania

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w związku z realizacją obowiązku prawnego i zadania publicznego). Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizacją Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Odbiorcy danych osobowych

Kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są osoby/podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi Ośrodek Pomocy Społecznej zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowanych w Ośrodku systemów informatycznych.

Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich

Nie przekazujemy Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Przechowywanie danych

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie – w przypadkach, w których wymagają tego przepisy kancelaryjne i archiwalne obowiązujące w Ośrodku Pomocy Społecznej, przez czas określony w tych przepisach.

Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych

Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia rekrutacji oraz udziału Pana/Pani w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Państwa dane osobowe nie są profilowane.