



Szukamy kandydatów do programu “Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kowarach ogłasza nabór dla osób chętnych – mieszkańców Gminy Kowary do wzięcia udziału w programie:

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021”.

Program finansowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dedykowany jest pełnoletnim osobom niepełnosprawnym posiadającym orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz dzieciom do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku

Kluczowym celem programu jest wprowadzenie usług asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia przy:

- wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu codziennym,
- ograniczaniu skutków niepełnosprawności,
- stymulowaniu do podejmowania aktywności i umożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia,
- umożliwieniu osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności, np. poprzez udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych.

Osoby te będą miały możliwość skorzystania z pomocy asystenta m.in. przy:

- wyjściu, powrocie i dojeździe do wskazanych przez uczestnika miejsc,
- dotarciu na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne,
- zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu,
- załatwianiu spraw urzędowych,
- nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami,
- korzystaniu z dóbr kultury.

Program ma również na celu przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych.

Uczestnik Programu nie ponosi odpłatności. W czasie korzystania z usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Osoby zainteresowane, które chciałyby skorzystać z usług asystenta proszone są o wypełnienie karty zgłoszenia i dostarczenia jej do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Kowarach w godzinach pracy ośrodka.

Karta zgłoszenia do pobrania: ZAŁĄCZNIK nr 8 do Programu

, w formie papierowej dostępne są w siedzibie MOPS w Kowarach

Klauzula informacyjna: ZAŁĄCZNIK nr 2

W sytuacjach, w których osoba zainteresowana udziałem w Programie nie jest w stanie zgłosić się osobiście po Kartę lub ją dostarczyć, prosimy o kontakt telefoniczny (75 7182113, 518 346 790)

Przewidywana liczba uczestników Programu: **5 osób, w tym 2 dzieci do 16 roku życia, 1 osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i 2 osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności.**

W przypadku większej liczby osób zainteresowanych zostanie utworzona lista rezerwowa.

Szczegóły Programu dostępne są na stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

<https://www.gov.pl/web/rodzina/komunikat-o-ogloszeniu-programu-asystent-osobisty-osoby-niepelnospprawnej---edycja-2022>

O zakwalifikowaniu do udziału w programie decyduje kolejność zgłoszeń.

Program realizowany będzie do 31.12.2021 roku.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kowarach

mgr Ewa Hamziuk

Karta zgłoszenia do Programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021*

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

☐ wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;

☐ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

☐ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

.....

.....

.....
.....

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

.....

Telefon:.....

E-mail:.....

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze 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 2

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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, s. 1 ze zm.) – dalej RODO – informujemy, że:

Dane Administratora Danych Osobowych	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej reprezentowany przez Dyrektora MOPS, adres: 58-530 Kowary ul. Zamkowa 5
Dane Inspektora Ochrony Danych	kontakt za pośrednictwem poczty elektronicznej adres e-mail: iod@mopskowary.pl lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.
Cel i podstawa prawna przetwarzania	Dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2021, w oparciu o Pani/Pana dobrowolną zgodę, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO, w zakresie uczestnictwa w programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, w zakresie realizacji przez Administratora ciężących na nim obowiązków prawnych, w tym rozliczania programu (potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-kontrolnych) oraz archiwizacji dokumentacji.
Odbiorcy danych osobowych	▪ organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ▪ podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające), w szczególności dostawcy usług technicznych i organizacyjnych, dostawcy usług księgowych, kadrowych, prawnych i doradczych,
Przekazywanie danych osobowych poza EOG	Administrator nie przekazuje danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy
Okres przechowywania danych osobowych	Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji w stosunku do Pani/ Pana programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” oraz okres niezbędny do rozliczenia i zarchiwizowania dokumentacji dotyczącej tego programu.
Prawa związane z danymi osobowymi	▪ dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także przenoszenia danych (w granicach określonych w Rozdziale III ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), ▪ jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody: prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, ▪ prawo wniesienia skargi do PUODO (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
Podstawa obowiązku podania danych osobowych	Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale zarazem konieczne do uczestniczenia w programie „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”.
Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji i profilowaniu	W ramach działalności administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania

