

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie” zwanym dalej „Projektem”.
2. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9.4 Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Działanie 7.2. Rozwój usług społecznych.
3. Planowany okres realizacji Projektu: **01.09.2022 r. – 31.12.2023 r.**
4. Biuro projektu Stowarzyszenia My dla Innych: 15–802 Białystok, ul. Morelowa 23, czynne w godzinach 8:00 – 16:00.
5. Udział w projekcie jest bezpłatny.

§ 2

SŁOWNIK POJĘĆ

1. **Beneficjent/Wnioskodawca** – Stowarzyszenie My dla Innych z siedzibą przy ul. Morelowa 23, 15 – 802 Białystok.
2. **Instytucja Zarządzająca** – Zarząd Województwa Podlaskiego.
3. **Uczestnik projektu** – zakwalifikowana zgodnie z kryteriami i zasadami określonymi w niniejszym regulaminie osoba, bezpośrednio korzystająca z wdrażanej pomocy, zainteresowana otrzymaniem wsparcia, która z własnej inicjatywy wyraziła chęć uczestnictwa w Projekcie i podpisała deklarację uczestnictwa w projekcie.
4. **Osoba z niepełnosprawnością** – w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

5. **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.
6. **Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – osoba, która ze względu na, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
7. **Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej** – usługi świadczone w interesie ogólnym, umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej, a gdy to nie jest możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich.
8. **Usługi asystenckie** – usługi społeczne świadczone przez asystentów na rzecz osób z niepełnosprawnościami, umożliwiające stałe lub okresowe wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego.
9. **Osoba bezrobotna** – to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Definicja uwzględnia zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. Osobę w wieku emerytalnym (w tym osobę, która osiągnęła wiek emerytalny, ale nie pobiera świadczeń emerytalnych) oraz osobę pobierającą emeryturę lub rentę, która spełnia warunki definicji wskaźnika dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako bezrobotną.
10. **Osoba długotrwale bezrobotna** – w przypadku młodzieży (<25 lat) – jest to osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej) – jest to osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.
11. **Osoba bierna zawodowo** – to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy,

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

12. **Strona internetowa Wnioskodawcy** – www.myclainnych.pl.

§ 3

CELE PROJEKTU

Celem głównym projektu jest zwiększenie samodzielności, niezależności i aktywności społecznej 30 osób z niepełnosprawnościami, w szczególności osób w wieku 60+, zamieszkujących na obszarze BOF (miasto Białystok, gmina Wasilków) poprzez świadczenie usług asystenckich w okresie 01.09.2022–31.12.2023 i utworzenie wypożyczalni sprzętu wspomagającego.

§ 4

ZAKRES WSPARCIA

1. Projekt obejmuje wsparcie skierowane do osób z niepełnosprawnością w wieku 60+. Dopuszcza się możliwość udziału w Projekcie osób młodszych pod warunkiem dostępności miejsc.
2. Dla uczestników projektu przewidziane są następujące formy wsparcia:
 - wsparcie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej lub Wolontariusza w wykonywaniu czynności życia codziennego,
 - udział w grupowych wydarzeniach społeczno – kulturalnych przy wsparciu Asystentów Osobistych Osoby Niepełnosprawnej lub Wolontariuszy,
 - indywidualny udział w wydarzeniach kulturalnych przy wsparciu Asystentów Osobistych Osoby Niepełnosprawnej lub Wolontariuszy.
3. Dodatkowo, projekt umożliwia osobom potrzebującym skorzystanie z wypożyczalni sprzętu wspomagającego i rehabilitacyjnego.
4. Wsparcie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej/Wolontariusza będzie realizowane w miejscu zamieszkania i w najbliższym otoczeniu osób z niepełnosprawnościami. Asystenci będą wspierać uczestników we wszystkich czynnościach, których uczestnik nie jest w stanie wykonać z uwagi na ograniczenia, wynikające z niepełnosprawności (m. in. zakupy, prace domowe, sporządzanie posiłków, korespondencja, opłaty rachunków, wizyty lekarskie, kontakt z parafią, pracownikami socjalnymi, sąsiadami).

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

5. Asystenci Osobiści Osoby Niepełnosprawnej/Wolontariusze będą towarzyszyć uczestnikom projektu w trudnych momentach życiowych, jak choroba, czy pobyt w szpitalu oraz udzielać im wsparcia psychicznego. Wsparcie Asystenta lub Wolontariusza będzie dostosowane do indywidualnych potrzeb odbiorców oraz do specyfiki ich wieku i niepełnosprawności.
6. Projekt zakłada bezpłatne uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w nim przewidzianych.

§ 5

REKRUTACJA

1. Rekrutacja będzie prowadzona w siedzibie Beneficjenta: ul. Morelowa 23, 15-802 Białystok.
2. W Projekcie mogą uczestniczyć osoby:
 - a) pełnoletnie,
 - b) zamieszkałe na terenie Miasta Białystok oraz gminy Wasilków – osoby fizyczne, które uczą się, pracują lub zamieszkują na tym obszarze w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego,
 - c) posiadające aktualne orzeczenie o niepełnosprawności/równoważny dokument,
 - d) w wieku 60+ (dopuszcza się możliwość udziału w projekcie osób młodszych, pod warunkiem dostępności miejsc).
3. Preferencje w postaci dodatkowych punktów otrzymują:
 - a) osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ 2014-2020 (na podstawie oświadczenia) – 2 pkt,
 - b) osoby z niepełnosprawnością i osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹ (na podstawie oświadczenia) – 2 pkt,
 - c) osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przestanki (na podstawie oświadczenia) – 2 pkt,

¹ 150 % kryterium dochodowego wskazanego w ustawie z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej dla jednoosobowego gospodarstwa domowego wynosi 1078,50 zł, zaś 150 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynosi 900 zł.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

- d) osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub z niepełnosprawnością sprzężoną – 2 pkt,
 - e) mężczyźni – 2 pkt,
 - f) osoby w wieku 60+ – 2 pkt.
4. Rekrutacja będzie prowadzona z zachowaniem polityki równości płci oraz równości szans i niedyskryminacji.
 5. Zgłoszenie do projektu następuje poprzez nadanie Wniosku o przyznanie pomocy w formie usług asystenckich (wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu), pocztą lub mailem (skan) na adres: kontakt@mydlainnych.pl lub osobiste dostarczenie uzupełnionego i własnoręcznie podpisanego Wniosku do biura projektu Stowarzyszenia My dla Innych, o którym mowa w § 1 pkt. 4. W uzasadnionych przypadkach wniosek może zostać podpisany przez opiekuna prawnego Kandydata po złożeniu stosownego oświadczenia. W razie potrzeby Zespół projektu zapewni wsparcie przy wypełnianiu dokumentów rekrutacyjnych.
 6. Dokumenty dostępne są na stronie internetowej <http://www.mydlainnych.pl> oraz w biurze projektu Stowarzyszenia My dla Innych.
 7. Rekrutacja będzie polegała na analizie formalnej złożonych dokumentów pod kątem spełnienia kryteriów udziału w Projekcie określonych w pkt. 2 i kryteriów punktowanych wymienionych w pkt. 3. W przypadku takiej samej liczby punktów przy spełnieniu wszystkich kryteriów o przyjęciu do projektu decyduje kolejność zgłoszeń.
 8. Rekrutacja Uczestników i Uczestniczek będzie prowadzona w okresie 19.09.2022 r. do 30.09.2022 r. W przypadku zgłoszenia się niewystarczającej ilości chętnych zostanie ogłoszona rekrutacja uzupełniająca.
 9. Uczestnicy zakwalifikowani do projektu rozpoczną wsparcie od października 2022 r.
 10. W przypadku, gdy liczba chętnych spełniających kryteria formalne przewyższy zakładaną liczbę uczestników, utworzona zostanie lista rezerwowa według kryteriów określonych w § 5 pkt. 2 i 3.
 11. W przypadku rezygnacji Uczestnika przewiduje się zaproszenie osoby z listy rezerwowej.
 12. W przypadku wyczerpania się listy rezerwowej przewiduje się nabór ciągły w miarę potrzeb.
 13. O wynikach rekrutacji kandydaci zostaną poinformowani telefonicznie. Informacja o decyzji rekrutacyjnej będzie dostępna w Biurze Projektu po przeprowadzenia procesu kwalifikacji Uczestników w formie protokołu z rekrutacji.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

14. Udział w projekcie rozpoczyna się w momencie podpisania kontraktu oraz deklaracji uczestnictwa w Projekcie, oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz oświadczenia o zapoznaniu się z zapisami niniejszego Regulaminu.

§6

UPRAWNIENIA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

1. Uczestnik projektu jest uprawniony do:
 - a) nieodpłatnego udziału w Projekcie,
 - b) wglądu i modyfikacji swoich danych osobowych udostępnionych na potrzeby projektu.
2. Uczestnik projektu jest zobowiązany do:
 - a) zapoznania się i przestrzegania zapisów niniejszego Regulaminu,
 - b) regularnego uczestnictwa we wszystkich przewidzianych formach wsparcia, zgodnie z uzgodnieniami zawartymi w formie kontraktu oraz deklaracją udziału w projekcie.
 - c) potwierdzania uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia poprzez każdorazowe złożenie własnoręcznie podpisu na listach obecności, kartach wsparcia lub innych dokumentach potwierdzających odbycie wsparcia,
 - d) do wypełnienia w trakcie trwania Projektu ankiet,
 - e) bieżącego informowania Specjalisty ds. usług asystenckich o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w projekcie, w tym poinformowania Specjalisty ds. usług asystenckich o rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie.
3. Szczegółowe zasady korzystania z usług asystenckich osobistego określa *Regulamin korzystania z usług asystenckich*, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 7

ZASADY REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. Realizator zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika projektu z listy uczestników Projektu w przypadku rażącego naruszenia przez niego niniejszego Regulaminu oraz zasad współżycia społecznego, w szczególności w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej innego uczestnika.
2. Rezygnacja z udziału w Projekcie następuje poprzez złożenie oświadczenia przez uczestnika projektu w formie pisemnej.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Sprawy nieuregulowane w niniejszym regulaminie są rozstrzygane przez Specjalistę ds. projektów w porozumieniu z Zarządem Stowarzyszenia My dla Innych.
2. Ostateczna interpretacja „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” należy do Stowarzyszenia My dla Innych w oparciu o stosowne dokumenty programowe znajdujące się na stronie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego oraz stronach Instytucji Zarządzającej.
3. Stowarzyszenie My dla Innych zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego regulaminu.

Białystok, 04.10.2022 r.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie”

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK	
Numer Wniosku:	
Data wpływu / Podpis osoby przyjmującej dokumenty	

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE USŁUG ASYSTENCKICH	
Tytuł projektu	„Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Program/priorytet/działanie	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020 VII: Poprawa spójności społecznej Działanie 7.2. Rozwój usług społecznych Poddziałanie 7.2.2. Rozwój usług społecznych w ramach BOF
Czas trwania projektu	01.09.2022 r. – 31.12.2023 r.
<p>Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty). Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: <i>nie dotyczy</i>).</p>	
I. Dane podstawowe	
Imię/Imiona:	Nazwisko:
PESEL:	
Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Wiek:
II. Wykształcenie	
<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Podstawowe
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Policealne
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Wyższe
III. Dane kontaktowe i adres zamieszkania	
Ulica	
nr domu	nr mieszkania

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

Miejscowość		Kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Nr telefonu komórkowego		Nr telefonu stacjonarnego	
e-mail			
IV. Status kandydata na rynku pracy			
I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE	
II. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE	
III. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> NIE	
IV. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> NIE	
W tym (proszę zaznaczyć jeśli w punkcie IV. Osoba pracująca zaznaczono „tak”)			
<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy			

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik	
Zatrudniony/a w: (konkretne miejsce pracy)	
V. Informacje dodatkowe	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK Stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Rodzaj niepełnosprawności : <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenia narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny)
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego – to osoba wykluczona społecznie z minimum dwóch przesłanek: np. bezrobocia i ubóstwa. – w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014–2020 (PO PŻ) w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie i dostarczyć zaświadczenie o dochodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

VI. Oczekiwania/potrzeby		
ograniczenia zdrowotne	ograniczenia związane z poruszaniem się	Oczekiwane wsparcie/ ilość godzin – ilość razy w tygodniu

Dodatkowe informacje

<i>Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)</i>	
---	--

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam dobrowolnie chęć udziału w projekcie „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie” i oświadczam, że:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:
 - a) Administratorem danych jest Stowarzyszenie My dla Innych, ul. Morelowa 23, 15-820 Białystok, email: kontakt@mydlainnych.pl
 - b) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
 - c) Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do ww. Projektu.
 - d) Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

- e) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji, lub do momentu odwołania zgody. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
- f) Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)



Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

**OŚWIADCZENIE OSOBY POMAGAJĄCEJ W WYPEŁNIENIU WNIOSKU O PRZYZANIE POMOCY
W FORMIE USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBIE Z DYSFUNKCJĄ
UNIEMOŻLIWIĄJĄCĄ SAMODZIELNE UZUPEŁNIENIE**

Imię i nazwisko osoby pomagającej w uzupełnieniu Wniosku:

-
1. Oświadczam, że przeczytałem/am Kandydatowi/Kandydatce składającemu niniejszy Wniosek treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz treść Wniosku.
 2. Oświadczam, że w imieniu Kandydata/Kandydatki i za jego/jej zgodą pomogłem/am, w uzupełnieniu tego Wniosku wpisując dane jedynie zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data i czytelny podpis wypełniającego w imieniu Kandydata)

Do niniejszego Wniosku załączam:

L.p.	Rodzaj załącznika	Właściwe zaznaczyć X	
		TAK	NIE
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wysokości dochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie o wysokości dochodów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014–2020

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014–2020.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

OŚWIADCZENIE O WIELOKROTNYM WYKLUCZENIU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą/członkiem rodziny zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem doświadczającym wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek, o których mowa w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020*².

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

² Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym są rozumiane jako:

- a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);
- e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);
- f) osoby z niepełnosprawnościami – osoby z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014–2020;
- g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014–2020;
- j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- k) osoby korzystające z PO PŻ.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą³
- Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe liczy łącznie ze mną osób.⁴

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

³ W przypadku, gdy Kandydat jest osobą samotnie gospodarującą, należy przedłożyć zaświadczenie o dochodach Kandydata.

⁴ W przypadku, gdy gospodarstwo domowe składa się z więcej niż jednej osoby, należy przedłożyć zaświadczenia o dochodach wszystkich domowników.

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie”

REGULAMIN KORZYSTANIA Z USŁUG ASYSTENCKICH w ramach Programu „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”

Niniejszy Regulamin określa zasady współpracy Uczestników projektu z Asystentami Osobistymi Osób Niepełnosprawnych (pracownicy i wolontariusze) Stowarzyszenia My dla Innych:

1. Warunkiem uzyskania usługi asystenckiej jest:
 - ukończone 18 lat,
 - posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, którego kserokopię należy przedłożyć Realizatorowi do dokumentacji projektowej,
 - zamieszkanie na terenie jednej z gmin z obszaru BOF (miasto Białystok, gmina Wasilków),
 - pozytywne przejście procesu rekrutacji prowadzonego przez pracownika Stowarzyszenia My dla Innych,
 - podpisanie niezbędnej dokumentacji projektowej (deklaracja uczestnictwa w projekcie, kontrakt, regulamin, wymagane zgody i oświadczenia).
2. Realizator zapewni Uczestnikowi projektu odpowiedniego Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w terminie przez niego zgłaszanym – nie może zagwarantować jednak, że zawsze będzie to jedna i ta sama osoba. Na rzecz jednego Uczestnika projektu może wykonywać świadczenie więcej niż jeden Asystent.
3. Realizator może odmówić wykonania usługi asystenckiej z powodu braku dostępnych Asystentów Osobistych Osoby Niepełnosprawnej w danym dniu i danej godzinie.
4. Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej może pomóc Uczestnikowi projektu w następujących czynnościach życia codziennego:
 - utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych,
 - wykonywaniu drobnych prac domowych (tj. porządkowanie, poukładanie rzeczy, wyniesienie śmieci, przygotowanie, czy podgrzanie posiłku itp.),
 - zrobienie zakupów,
 - wyjście do lekarza, na rehabilitację, do apteki,
 - załatwienie spraw urzędowych,
 - wyjście do miejsc kultury religijnej,
 - wyjście na spacer, do parku, teatru, kawiarni, pływalni, itp.,
 - pranie i prasowanie odzieży,
 - wspólne spędzenie czasu w domu, rozmowy, dotrzymanie towarzystwa, czytanie itp.
5. Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej nie świadczy usług opiekuńczych (tj. opatrywanie ran, dawkowanie leków) oraz nie zastępuje innych instytucji

Projekt pt. „Asystent osobisty szansą na niezależne i godne życie” współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

pomocowych (nie zastępuje etatowych pracowników pomocy społecznej, pielęgniarek środowiskowych, asystentów itp.), a jedynie uzupełnia świadczone przez nich usługi i wspiera Uczestnika projektu w czynnościach życia codziennego.

6. Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej samodzielnie decyduje, w czym może pomóc uczestnikowi. Może też odmówić wykonania czynności w trosce o zdrowie jego lub swoje własne.
7. Uczestnik ponosi całkowitą odpowiedzialność za stan techniczny swojego sprzętu rehabilitacyjnego (tj. wózki inwalidzkie, pasy, chodziki, balkoniki, kule itp.) oraz wszelkich sprzętów domowych i innych dóbr osobistych wykorzystywanych podczas świadczenia usługi asystenckiej.
8. Udostępnianie przez Uczestnika projektu kluczy do klatki/mieszkania Asystentowi Osobistemu Osoby Niepełnosprawnej oraz wymiana numerów telefonów odbywa się na własną odpowiedzialność każdej ze stron.
9. Dopuszcza się możliwość zmiany Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej na prośbę Uczestnika projektu jak i samego Asystenta oraz przez Realizatora dla dobra obu stron.

Dane kontaktowe:

*Biuro asystentów i wolontariuszy: Białystok, ul. Pułaskiego 63 lok. 53
Tel. 883-133-788*

Otrzymałem/am i akceptuję:

.....
Data

.....
Podpis