**Załącznik Nr 4 do SWZ**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

1. **Przedmiotem zamówienia jest:** zapewnienie dostępności do usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej zwanego dalej „asystentem” tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osobom niepełnosprawnym - Uczestnikom Programu zwanych „Uczestnikiem”. Usługa świadczona będzie na rzecz dzieci do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie równoważne do w/w wymienionego. Założeniem programu jest poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia, zapewnienie osobom niepełnosprawnym wsparcia oraz pomocy adekwatnej do potrzeb oraz umożliwienie zaangażowania osób niepełnosprawnych w wydarzenia społeczne, kulturalne, rozrywkowe lub sportowe. Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w:
2. wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);
3. zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
4. załatwianiu spraw urzędowych;
5. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
6. korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);

wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem
o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub
z placówki oświatowej[[1]](#footnote-1)).

Zamawiający wskazuje, że usługa realizowana będzie również na rzecz osób głuchoniemych

Pomoc w postaci asystenta będzie realizowana w Gminie Ostrowiec Św.,
w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu, na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, realizowanego w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych przyjętego do realizacji Uchwałą Nr XLIV/23/ 2021 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego dnia 12 marca 2021 r. w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021.

1. Usługa asystenta świadczona będzie w okresie od dnia podpisania umowy **do dnia
31.12.2021 r. w każdy dzień tygodnia, w tym święta,** w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana.
2. Przewidywana łączna liczba godzin usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wynosi 15000 godz. , w tym dla:
	* osób z orzeczeniem o stopniu znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniami równoważnymi – **8 400 godzin,**
	* osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniami równoważnymi – **3 600 godzin,**
	* dzieci do 16. r. ż z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie lecenia, rehabilitacji
	i edukacji **– 3 000 godzin.**

**Przewidywana łączna liczba godzin wynosi 15 000.**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi). W przypadku zaistnienia potrzeb, Zamawiający zastrzega sobie możliwość przesunięcia ilości godzin między poszczególnymi grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa wyżej pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia ustalonego w umowie. Zamawiający zastrzega możliwości ograniczenia zamówienia do 70% wielkości zamówienia.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla podopiecznego przyjmuje się czas 60 min. Czas dojazdu do miejsca świadczenia usług na rzecz podopiecznego nie jest wliczany do czasu świadczenia usługi.

1. Zakres wsparcia w ramach usług asystenckich (Załącznik Nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia), godziny świadczenia usług asystenta będą indywidualnie ustalane dla każdego świadczeniobiorcy z uwzględnieniem potrzeb osoby niepełnosprawnej.
2. Usługa asystenta przyznawana będzie na podstawie wypełnionej Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021, określającej dane Uczestnika Programu, informacje dotyczące ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się, informacji na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego, dane opiekuna prawnego Uczestnika Programu, jeśli dotyczy, (Załącznik Nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia).
3. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz „Karty Informacyjnej osoby niepełnosprawnej”, której dotyczy usługa (Załącznik Nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia) zawierającej wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług, a Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym wymiarem i zakresem wsparcia. W przypadku zmiany zakresu wsparcia ustalonego z Uczestnikiem Programu, Zamawiający niezwłocznie przekazuje telefonicznie bądź w inny sposób, aktualny zakres.
4. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usługi asystenta:
5. w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin) o tym fakcie Uczestnika Programu oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi - opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi,
6. niezwłocznie (w ciągu 2 godzin) musi poinformować Zamawiającego
o wstrzymaniu usług u osoby niepełnosprawnej z powodu: hospitalizacji, zgonu lub innych powodów. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi asystenta, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres.
7. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji :

-miesięcznych „Kart realizacji usługi” dla każdego pracownika,

-jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę asystenta, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia
o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego, zaświadczenie psychologa o braku przeciwskazań do wykonywania czynności przez asystenta – jak dotyczy

-teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: szczegółowy zakres wsparcia świadczonej usługi asystenta, „karta informacyjna osoby niepełnosprawnej”, notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie kontrolnej
u osoby niepełnosprawnej,

-rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

-informacji/oświadczeń o czasowym nieświadczeniu usług asystenta,

-protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących w spotkaniach.

Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 2 - go dnia następnego miesiąca, wykazu ilości godzin usługi asystenta świadczonych u osób niepełnosprawnych, wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług oraz przekazania miesięcznego harmonogramu pracy pracowników - opiekunów na miesiąc następny.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej, tj. wymogu klauzul społecznych, jakości, rzetelności, efektywności i stanu realizacji sposobu świadczenia usługi asystenta oraz prawidłowości prowadzonej kontroli.
W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Usługa asystenta musi być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności.

Załącznik Nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia

**……………………………………………..** Ostrowiec Św. dnia ......................

(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

***ZAKRES WSPARCIA W RAMACH USŁUG ASYSTENCKICH***

***U PANI / PANA …...............................................***

**Ostrowiec Św. …...................................................................**

1. **Zakres wsparcia niezbędnego do aktywnego funkcjonowania społecznego:**
* wsparcie w przemieszczaniu się m. in. do lekarza, do placówek służby zdrowia i rehabilitacyjnych, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach,
* spędzanie czasu wolnego, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych
i rekreacyjnych (muzeum, teatr, kino, galerie, wystawy),
* wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach,
* wsparcie w wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez Uczestnika Programu miejsca np. placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych i w procesie uczenia: gromadzenie materiałów, korzystanie z biblioteki,
* wsparcie w podtrzymywaniu kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów,
* wsparcie w wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do placówki oświatowej,
1. **Zakres wsparcia w wykonywaniu podstawowych czynnościach dnia codziennego:**
* wsparcie w czynnościach higienicznych tj. myciu, kąpaniu, ubieraniu się, czesaniu,
* wsparcie w przemieszczaniu się w obrębie mieszkania,
* wsparcie w przygotowaniu posiłków,
* wsparcie w dostarczaniu gotowych posiłków, zakupionych przez osoby niepełnosprawne do domu, podgrzanie i podanie posiłku, z zastrzeżenie aktywnego udziału uczestnika Programu,
* wsparcie w dokonywaniu przepierek rzeczy osobistych i odzieży, w prasowaniu,
* wsparcie w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
* wsparcie w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez podopiecznego części mieszkania, wsparcie w utrzymaniu w czystości sprzętu i urządzeń sanitarnych,
* wsparcie w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
* wsparcie w realizacji zakupów podstawowych artykułów spożywczych i niezbędnych dla egzystencji podopiecznego artykułów przemysłowych, prowadzenie zeszytu wydatków.

**III. Wykonywanie innych czynności niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania podopiecznego w środowisku.**

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

 Podpis pracownika

……………………………………………

(podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna

# Załącznik Nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia

Data założenia: ….........................................

**Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwisko i imię…………………………………*Tel:****…………….........................*** | Data urodzenia | Adres zamieszkaniaOstrowiec Św.ul. …........................... |  |
|  | *Dane członków rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej:**córka: ….......................**wnuk:**siostra:* |  |  |
|  | *Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:* |  |
|  | *Przychodnia rodzinna/specjalistyczna:* |  |
|  | *Data rozpoczęcia usługi asystenta: …................* ***r.*** | *Dzienny/tygodniowy wymiar usługi asystenta:….......* ***godziny*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia

**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.

**OŚWIADCZENIE**

 W związku z art. 6 lit. a 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.U.UE.L.2016.119.1) – RODO

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w związku z uczestnictwem w programie MRiPS „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021** realizowanym w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

**Klauzula Informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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.U.UE.L.2016.119, str. 1 oraz Dz. Urz. UE.L Nr 17 z 23.05.2018 str. 2), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. (41) 276 – 76 - 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.

2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO (41) 276-76-35, adres e-mail: biuro@mopsostrowiec.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO wyłącznie w celu realizacji programu „Asystentosobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Dane osobowe mogą być udostępniane również pomiotom zewnętrznym uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie pisemnej umowy powierzenia danych osobowych zawartej przez Administratora w celu realizacji Programu.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.

6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres nie dłuższy niż do zrealizowania Pani/a obowiązku wynikającego z realizacji celu ich zbierania i zostaną trwale usunięte po osiągnięciu celu.

7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.

9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

………………………………..….…………………

czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/ opiekuna faktycznego/prawnego

Załącznik Nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021\***

Karta realizacji usług asystenta Nr ....................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ..……………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: …………...……………………………………………………………

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od …………. do ……………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Rodzaj usługi\* | Czytelny podpis asystenta |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu …….……… 2021 r. wyniosła ………. godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ………..… szt. , o wartości ….……………….. zł\*\* - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ………..… szt. , o wartości ….……………….. zł.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł ….……………….. zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 zł miesięcznie\*\*\*

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie\*\*\*\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

………………………………

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;

\*\*Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

\*\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

\*\*\*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.

1. ) Usługa asystenta na terenie szkoły może być realizowana wyłącznie w przypadku, gdy szkoła nie zapewnia tej usługi. [↑](#footnote-ref-1)