



## **Regulamin wspierania studentów z niepełnosprawnością przez asystentów w Uczelni Biznesu i Nauk Stosowanych Varsovia**

### **§1**

#### **Zgłoszenia zapotrzebowania na usługi asystenckie**

1. Studenci z orzeczoną niepełnosprawnością potrzebujący wsparcia asystenta zgłaszają taką potrzebę do Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami (PRON).
2. Studenci zobowiązani są do wypełnienia wniosku o przyznanie wsparcia asystenta, stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

### **§2**

#### **System rekrutacji asystentów**

1. Osoby, które wyrażają zainteresowanie pełnieniem funkcji asystenta studenta z niepełnosprawnością, zgłaszają się w trybie ciągłym do PRON.
2. Kandydaci na stanowisko asystenta zobowiązani są do wypełnienia karty zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu. Złożenie u PRON wypełnionej i podpisanej karty zgłoszenia stanowi formalne zgłoszenie.
3. Zgłoszenia są rozpatrywane przez PRON, który przedkłada do akceptacji Rektora lub wskazanego przez niego Prorektora opinię, której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu, zawierającą rekomendację dotyczącą danego kandydata. Po uzyskaniu decyzji, PRON niezwłocznie przekazuje informację kandydatowi o akceptacji bądź odrzuceniu zgłoszenia wraz z uzasadnieniem.
4. Student z niepełnosprawnością może – za jej zgodą - wskazać osobę, która będzie pełniła funkcję asystenta.
5. W przypadku braku chętnych zgłoszonych zgodnie z ust. 1 asystent może być przydzielony wyłącznie na podstawie ust 4.

### §3

#### Warunki ogólne świadczenia pomocy przez asystenta

1. Liczba godzin przyznanych do wsparcia studenta z niepełnosprawnością jest ustalana indywidualnie dla każdego studenta i wynika z indywidualnych potrzeb studenta oraz środków finansowych przeznaczonych na ten cel.
2. Liczbę godzin wsparcia dla studenta ustala Rektor lub wskazany przez niego Prorektor na podstawie rekomendacji PRON, biorąc pod uwagę kryteria określone w ust. 1.
3. Realizacja usług asystenckich odbywa się w ramach umowy zawartej pomiędzy Uczelnią Biznesu i Nauk Stosowanych Varsovia a asystentem.
4. Asystent jest zobowiązany do zachowania poufności wszelkich informacji uzyskanych w związku z pełnioną funkcją na rzecz studenta z niepełnosprawnością i nie udzielania ich osobom trzecim.
5. O zakresie i formach oferowanej pomocy asystent może informować wyłącznie prowadzącego zajęcia, PRON, Rektora oraz Prorektorów.

### §4

#### Zakres działań wchodzących w świadczone usługi asystenckie

W zakres realizowanego wsparcia asystenckiego wchodzi następujące czynności:

- a) pomoc w dotarciu na uczelnię (tzw. transport zewnętrzny) na zajęcia objęte planem studiów,
- b) asysta w przemieszczaniu się podczas i pomiędzy zajęciami (tzw. transport wewnętrzny),
- c) pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych podczas pobytu na uczelni,
- d) pomoc w sporządzaniu notatek podczas zajęć / transkrypcja wykładów,
- e) pomoc w wypełnianiu arkuszy odpowiedzi podczas egzaminów/zaliczeń semestralnych,
- f) pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych,
- g) inne czynności niezbędne do pełnego korzystania przez studenta z oferty Uczelni Biznesu i Nauk Stosowanych Varsovia.

### §5

#### Dokumentacja czasu pracy

1. Asystenci przekazują PRON comiesięczne raporty z wykonania usług asystenckich (zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4).
2. Warunkiem realizacji zapłaty za wsparcie asystenckie jest zaakceptowanie przez PRON raportu z wykonania usług oraz przedstawienie przez asystenta prawidłowo wypełnionego rachunku.

### §6

#### Przepisy końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie wszelkie decyzje podejmuje Rektor lub wyznaczony przez niego Prorektor.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania zarządzenia wprowadzającego niniejszy Regulamin przez Rektora.

**REKTOR**  
  
adw. Magdalena Stryja

**WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA - ASYSTENT STUDENTA / STUDENTKI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ****I. Dane osobowe studenta/studentki**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Nr tel.: .....

e-mail: .....

Numer albumu: ..... Rok studiów: I II III IV V

Kierunek studiów: .....

Filia: .....

Rodzaj studiów<sup>1</sup>: stacjonarne niestacjonarne I stopnia II stopnia jednolite magisterskie**II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności:**

.....

.....

.....

.....

**III. Okres wnioskowania o usługę<sup>2</sup>:**

od ..... do .....

**IV. Oczekiwana pomoc od asystenta/asystentki (zakres wsparcia)<sup>3</sup>:**

- pomoc w dotarciu na uczelnię (tzw. transport zewnętrzny) na zajęcia objęte planem studiów
- asysta w przemieszczaniu się podczas i pomiędzy zajęciami (tzw. transport wewnętrzny)
- pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych podczas pobytu na uczelni
- pomoc w sporządzaniu notatek podczas zajęć / transkrypcja wykładów
- pomoc w wypełnianiu arkuszy odpowiedzi podczas egzaminów/zaliczeń semestralnych
- pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych

**V. Wnioskowana liczba godzin wsparcia w okresie od ..... do .....: h (łącznie ilość godzin)****VI. Dane asystenta/asystentki:**

Imię i nazwisko: .....

Nr tel.: ..... e-mail: .....

**LUB zgłoszenie zapotrzebowania na asystenta – proszę o określenie wymagań / preferencji dot. ww. osoby:**

.....

.....

.....

.....

(data przyjęcia wniosku i podpis Pełnomocnika)

(data i podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> Zakreślić właściwe

<sup>2</sup> Należy podać daty dzienne (początkową i końcową)

<sup>3</sup> Należy wybrać min. 1 zakres wsparcia

**OPINIA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

Pełnomocnik Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami rekomenduje przyznanie wsparcia / nieprzyznanie wsparcia studentce/owi ..... nr albumu .....

wymiar przyznanego wsparcia:

.....  
..... na okres  
..... (od ..... do  
.....).

**Uzasadnienie:**

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

Miejscowość, data

(czytelny podpis PRON)

**Zatwierdzam przyznanie wsparcia / odmawiam przyznania wsparcia<sup>4</sup>**

**Uzasadnienie<sup>5</sup>:**

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

Miejscowość, data

(podpis i pieczęć Rektora/Prorektora)

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>5</sup> Wypełnić w przypadku odmowy przyznania wsparcia pomimo rekomendacji PRON

**KARTA ZGŁOSZENIA NA ASYSTENTA STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam zainteresowanie świadczeniem usługi Asystenta w wymiarze godzin miesięcznie  
 ..... na rzecz studenta/ki

..... Jestem/nie jestem  
 studentem/ką Uczelni Biznesu i Nauk Stosowanych Varsovia na kierunku .....

Poniżej przedstawiam zakres czynności jakie mogę świadczyć w ramach realizacji usługi asystentury:

- pomoc w dotarciu na uczelnię (tzw. transport zewnętrzny) na zajęcia objęte planem studiów
- asysta w przemieszczaniu się podczas i pomiędzy zajęciami (tzw. transport wewnętrzny)
- pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych podczas pobytu na uczelni
- pomoc w sporządzaniu notatek podczas zajęć / transkrypcja wykładów
- pomoc w wypełnianiu arkuszy odpowiedzi podczas egzaminów/zaliczeń semestralnych
- pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych
- inne

.....  
 .....

**Dane osobowe Asystenta**

Nazwisko		
Imię/ imiona		Obywatelstwo
Ulica		Nr domu      Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość
Województwo		
Gmina		Powiat
<b>Dane kontaktowe:</b>		
Numer telefonu:		E-mail:

.....

*Podpis kandydata*

**Potwierdzenie realizacji usługi Asystenta studenta z niepełnosprawnością**

<b>Imię i nazwisko Asystenta studenta z niepełnosprawnością</b>	
<b>Okres realizowanego wsparcia [od ... do ...]</b>	
<b>Imię i nazwisko Studenta/teki z niepełnosprawnością na rzecz którego realizowane jest wsparcie</b>	

**Rodzaj realizowanego wsparcia:**

- pomoc w dotarciu na uczelnię (tzw. transport zewnętrzny) na zajęcia objęte planem studiów
- asysta w przemieszczaniu się podczas i pomiędzy zajęciami (tzw. transport wewnętrzny)
- pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych podczas pobytu na uczelni
- pomoc w sporządzaniu notatek podczas zajęć / transkrypcja wykładów
- pomoc w wypełnianiu arkuszy odpowiedzi podczas egzaminów/zaliczeń semestralnych
- pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych
- inne

.....  
 .....

**Wyraz zrealizowanych godzin w ramach usługi Asystenta Osoby z Niepełnosprawnością**

<b>Data usługi</b>	<b>Godziny realizacji usługi</b>	<b>Łączna ilość godzin</b>	<b>Potwierdzenie realizacji usługi przez studenta z Niepełnosprawnością (<i>podpis</i>)</b>
<b>Łączna liczba godzin:</b>			

.....  
*Podpis Asystenta studenta z niepełnosprawnością*