

Załącznik nr 1

do Regulaminu Sekcji Mieszkań Chronionych

.....  
( miejsce i data )

## UZGODNIENIA

I. Strony uzgodnień:

1. Dane osoby wnioskującej lub korzystającej ze wsparcia w **mieszkanium chronionym treningowym**:

Imię: ..... Nazwisko: .....

2. Dane pracownika socjalnego:

Imię: ..... Nazwisko: .....

**II. Uzgodnienia dotyczące korzystania ze wsparcia w mieszkanium chronionym treningowym:**

1. Cel pobytu:

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

2. Okres pobytu:

.....

3. Rodzaj i zakres świadczonych usług:

lp	Rodzaj usługi świadczonej w mieszkanium chronionym treningowym w zakresie	Uwagi
1	<b>Samoobsługi:</b> a) trening higieniczny - teoretyczny i praktyczny	

2	<p><b>Zaspokajania codziennych potrzeb życiowych</b></p> <p>a)treningi umiejętności dnia codziennego</p> <p>b) trening interpersonalny ( prowadzenia rozmów i umiejętności rozwiązywania problemów i konfliktów międzyludzkich)</p>	
3	<p><b>Efektywnego zarządzania czasem</b></p> <p>a)trening organizowania i spędzania czasu wolnego</p> <p>b)rozwijanie własnych zainteresowań</p>	
4	<p><b>Prowadzenie gospodarstwa domowego:</b></p> <p>a)gospodarowanie własnym budżetem</p> <p>b)trening kulinarny</p> <p>c)trening budżetowy</p> <p>d)trening umiejętności praktycznych ( porządki codzienne, tygodniowe i okresowe)</p>	
5	<p><b>Załatwianie spraw urzędowych:</b></p> <p>a)trening korzystania z usług różnych instytucji</p> <p>b)edukacja w zakresie wypełniania dokumentów i pisania pism urzędowych</p>	
6	<p><b>Utrzymywania więzi rodzinnych:</b></p> <p>a)współpraca z rodziną</p> <p>b)kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej i niepełnosprawnej</p> <p>c)odbudowywanie więzi rodzinnych</p>	
7	<p><b>Uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej</b></p>	

	<p>a) udział w lokalnych wydarzeniach kulturalnych</p> <p>b) udział w zajęciach i spotkaniach integracyjnych w świetlicy</p>	
8	<p><b>Poszukiwania pracy:</b></p> <p>a) edukacja w zakresie wyszukiwania ofert pracy,</p> <p>b) edukacja w zakresie pisania CV i autoprezentacji</p>	
	<b>Inne</b>	
1	Zajęcia terapeutyczne na świetlicy (plastyczne, manualne itp.)	
2	Zajęcia indywidualne i grupowe	
3	<p>Psychoedukacja:</p> <p>a) trening lekowy – pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwacja skutków ubocznych,</p> <p>b) uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych,</p> <p>c) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,</p> <p>d) pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków</p>	
4	Praca socjalna	
5	Terapia psychologiczna	
6	Wsparcie i motywowanie do uzyskania mieszkania	
7	<p>Inne</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

4. Odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu chronionym treningowym:

Zobowiązuję się do terminowego regulowania opłat za wsparcie w mieszkaniu zgodnie z decyzją MOPS w Kutnie oraz innych należności związanych z użytkowaniem mieszkania zgodnie z §5 Regulaminu Mieszkań Chronionych.

5. Zgłaszanie planowanej nieobecności w mieszkaniu chronionym powyżej 24 godzin:

Pisemne złożenie oświadczenia o nieobecności pracownikowi socjalnemu lub innemu pracownikowi Mieszkań Chronionych.

6. Zasady i sposób realizacji programu usamodzielniania osoby/rodziny:

L.p.	Rodzaj planowanego działania	Termin realizacji

7. Zapoznałem/am się z Regulaminem Mieszkań Chronionych i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

III. Uzgodnienia zostały sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....  
(podpis osoby wnioskującej o wsparcie w postaci korzystania z mieszkania chronionego treningowego)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)