

.....  
( miejsce i data )

### UZGODNIENIA

#### I. Strony uzgodnień:

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

Imię: ..... Nazwisko: .....

##### 2. Dane pracownika socjalnego:

Imię: ..... Nazwisko: .....

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

##### 1. Cel pobytu:

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

##### 2. Okres pobytu:

.....

##### 3. Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia:

lp	<b>Rodzaj usługi w mieszkaniu chronionym wspieranym</b>	Uwagi
1	<b>Pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym dotyczących:</b>  a)przemieszczania się, b)utrzymania higieny osobistej c)ubierania się, d)sprzątania, e)zakupów i przygotowywania posiłków, f)załatwiania spraw osobistych;	

2	<b>Realizacji kontaktów społecznych przez umożliwienie osobie :</b> a) utrzymywania więzi rodzinnych b) uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej	
	<b>Inne rodzaje wsparcia</b>	
1	Trening interpersonalny - rozmowy indywidualne, kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, współpraca z rodziną, kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej, niepełnosprawnej	
2	Zajęcia terapeutyczne grupowe, w tym: treningi umiejętności prowadzenia rozmów, rozwiązywania problemów, korzystania z usług różnych instytucji	
3	Treningi umiejętności samoobsługi i samodzielności życiowej - higieniczny, budżetowy, kulinarny, umiejętności praktycznych prowadzenia gospodarstwa domowego	
4	Treningi umiejętności społecznych - udzielanie pomocy w załatwianiu spraw różnych w tym zakupy, opłaty, udzielanie pomocy z załatwieniem spraw urzędowych i wypełnianiu dokumentów	
5	Trening lekowy : a) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwacja ewentualnych skutków ubocznych,  b) uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych, pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków w aptecce	
6	Trening organizowania i spędzania czasu wolnego z wykorzystaniem usług dostępnych w środowisku lokalnym	
7	Zajęcia terapeutyczne na świetlicy (plastyczne, manualne itp.)	

8	Praca socjalna	
9	Terapia psychologiczna	
10	Inne .....	
	.....	

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

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 wspierania 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  
mieszkania chronionego wspieranego)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)