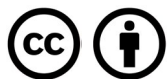


Formularze do innowacji „Mobilne Centrum Pomocy dla Osób Starszych”

Innowacja powstała w ramach inkubatora innowacji społecznych „Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych”.

Autorstwo: Stowarzyszenie na rzecz zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego „KLUCZ” Oddział w Pałeczniczy



Niniejszy materiał opublikowany jest na licencji CC BY 4.0 (Creative Commons-Uznanie autorstwa-4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0)). Szczegóły licencji znajdziesz pod adresem: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pl>

Projekt „Innowacje w samorządzie” jest realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Karta wizyty adaptacyjnej w miejscu zamieszkania uczestnika Innowacji Społecznej „Mobilne Centrum Pomocy Dla Osób Starszych”

Ogólne informacje o uczestniku Innowacji Społecznej						
Imię i nazwisko uczestnika Innowacji Społecznej				Data wizyty adaptacyjnej		
Wiek w chwili przystąpienia do udziału				Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy				Gmina		
Stan cywilny				Stopień niepełnosprawności		
Przesłanki udziału w Innowacji Społecznej	<input type="checkbox"/> Wiek	<input type="checkbox"/> Choroba	<input type="checkbox"/> Samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Samotność, wykluczenie społeczne	<input type="checkbox"/> Inne
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Pomaturalne	<input type="checkbox"/> Wyższe



Ogólna sytuacja mieszkaniowa i komunikacyjna uczestnika Innowacji Społecznej						
Czy uczestnik IS samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Czy uczestnik IS dysponuje własnym lokalem mieszkalnym?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy mieszkanie jest wolne od barier architektonicznych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Czy uczestnik IS dysponuje własnym środkiem transportu?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Na kogo Pan/i może liczyć w przypadku konieczności przemieszczenia się	<input type="checkbox"/> Rodzina	<input type="checkbox"/> Sąsiedzi	<input type="checkbox"/> Znajomi	<input type="checkbox"/> Na siebie	<input type="checkbox"/> Nie ma takiej osoby	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Oddalenie od najbliższego przystanku komunikacji zbiorowej	<input type="checkbox"/> do 500 m	<input type="checkbox"/> do 1 km	<input type="checkbox"/> powyżej 1km	<input type="checkbox"/> trudno określić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samocena ogólnej sytuacji i predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych oraz preferencji żywieniowych						
Pytania do samooceny						Uwagi
Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan psychofizyczny?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swoją aktualną sytuację prawną?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swoje nawyki żywieniowe?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	



Jak ocenia pan/i swoją kondycję fizyczną?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jestem zainteresowana(y) następującym rodzajem wsparcia:						
Konsultant ds. IPD		Coach ds. Senioralnych		Dietetyk Osób Starszych		
Prawnik		Specjalista ds. Uspraw -Ruchowych		Specjalista ds. Budżetu Domowego		
Indywidualne oczekiwania uczestnika IS:						
Jaki przedział godzinowy wizyt indywidualnego wsparcia najbardziej odpowiada Panu/i?	<input type="checkbox"/> 9.00 – 12.00		<input type="checkbox"/> 12.00 -15.00		<input type="checkbox"/> 15.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 21.00	

Podpisy osób uczestniczących w wizycie adaptacyjnej:

.....

(Reprezentant Stowarzyszenia KLUCZ)

.....

(Reprezentant Wolontariuszy)

.....

(Uczestnik Innowacji Społecznej)



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



FUNDACJA
FUNDUSZ
WSPÓŁPRACY

Karta Wskazania do objęcia wsparciem Innowacji Społecznej „Mobilne Centrum Pomocy Dla Osób Starszych”

Do objęcia wsparciem Mobilnego Centrum Pomocy dla Osób Starszych rekomendowane są osoby:

Warunki konieczne:		
1.	Seniorzy 60 +.	Usługa skierowana wyłącznie do seniorów, które ukończyły sześćdziesiąty rok życia. Warunek weryfikowany na podstawie nr PESEL, daty urodzenia.
2.	Osoby Zależne, z problemami o charakterze: samotność, choroba, niepełnosprawność, niskie dochody, itp.	Usługa skierowana wyłącznie do osób zależnych*, które mają problemy o charakterze: samotność, choroba, niepełnosprawność, niskie dochody i podobne. Warunek weryfikowany na podstawie oświadczenia uczestnika lub zaświadczenia z GOPS. *Za osobę zależną - uznaje się osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą wnioskującą lub pozostającą nią we wspólnym gospodarstwie domowym (na podstawie MPIPS).

3.	Seniorzy, osoby zależne, które wyrażają chęć zmiany swojej sytuacji: mentalno- materialno - bytowo- zdrowotnej.	Usługa skierowana wyłącznie do seniorów, osób zależnych, które wyrażają chęć zmiany swojej aktualnej sytuacji oraz deklarują aktywny udział w oferowanych formach wsparcia. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
4.	Seniorzy, osoby zależne wyrażają zgodę na współpracę ze specjalistami w miejscu swojego zamieszkania.	Usługa skierowana wyłącznie do seniorów, osób zależnych, które wyrażają chęć współpracy ze specjalistami w miejscu swojego zamieszkania. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
5.	Seniorzy, osoby zależne wyrażają zgodę na udostępnienie do wglądu: dokumentacji medycznej i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowego przebiegu wsparcia.	Usługa skierowana wyłącznie do seniorów, osób zależnych, które wyrażają zgodę na wgląd do dokumentacji medycznej i innych dokumentów, które mogą mieć wpływ na charakter oraz zakres oferowanego wsparcia. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
6.	Osoby, które wyraziły chęć uczestniczenia w oferowanym wsparciu i wypełniły odpowiednie dokumenty oraz wyraziły zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów projektowych.	Usługa skierowana wyłącznie do seniorów, osób zależnych, które wyrażają chęć uczestnictwa w oferowanym wsparciu oraz wypełniły stosowne dokumenty uczestnictwa. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
Warunki uzupełniające:		
1.	Seniorzy, osoby zależne - mieszkańcy wsi, małych miast. Obszary o dużej degradacji społecznej.	Warunek premiowany, usługa skierowana do seniorów, osób zależnych, którzy zamieszkują obszary; wsi, małych miast lub obszary o dużej degradacji społecznej. Obszary te dysponują

		znacznie mniejszą ofertą skierowaną do seniorów, osób zależnych w porównaniu do oferty w dużych miastach. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
2.	Seniorzy, osoby zależne którzy zostali rekomendowani przez: GOPS, MOPS, PCPR lub lokalne NGO.	Warunek premiowany, usługa skierowana do seniorów, osób zależnych, którzy są Klientami GOPS, MOPS, PCPR lub lokalnych NGO. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
3.	Seniorzy, osoby zależne którzy do tej pory w znikomym stopniu lub w ogóle nie korzystali z żadnego wsparcia.	Warunek premiowany, usługa skierowana do seniorów, osób zależnych, które do tej pory w znikomym lub w ogóle nie korzystały z żadnego wsparcia. Udział w projekcie ma charakter również aktywizacji społecznej oraz zachęty do pobudzenia do samostanowienia o sobie i poczuciu sprawstwa. Warunek weryfikowany na podstawie deklaracji uczestnictwa oraz stosownych oświadczeń.
Warunki i rekomendacje dotyczące uczestnictwa w Innowacji Społecznej oraz oferowanych form wsparcia:		
1.	Rekomendowany czas uczestniczenia jednego uczestnika, to nie dłużej niż 12 miesięcy. Rekomendowane jest podsumowanie, analizowanie i aktualizowanie IPD co trzy miesiące.	Ze względu na charakter oferowanego wsparcia, rekomendowany okres wsparcia dla jednego uczestnika nie powinien być dłuższy niż 12 miesięcy. Związane jest to z czasem potrzebnym dla uczestnika na przekonanie go o celowości i słuszności działań na rzecz swojego zdrowia. Dłuższy czas może spowodować poczucie nadmiernego zaopiekowania, co w konsekwencji może przełożyć się na roszczeniowość i poczucie nadmiernego zaopiekowania.

2.	Działania i wsparcie powinny być zindywidualizowane i oparte na diagnozie początkowej, powinny one być zróżnicowane i dążące do intensywniejszej stymulacji i motywacji do działania i zmiany.	Rodzaj i częstotliwość wsparcia powinien wynikać z indywidualnej diagnozy początkowej każdego ze specjalistów. Diagnoza powinna być przeprowadzona według wystandaryzowanych arkuszy diagnozy (dla każdego wsparcia osobny arkusz). Po diagnozie początkowej każdy ze specjalistów określa: zakres, formę, tematykę oraz częstotliwość wsparcia.
3.	Wsparcie Coach i Specjalisty ds. IPD powinno być nie częściej niż raz na tydzień.	Ze względu na charakter pracy Coacha i Specjalisty ds. IPD (indywidualne spotkania z uczestnikiem), zalecane jest, aby nie było częściej niż raz na tydzień. Przerwy w spotkaniach potrzebne są na przemyślenie i poukładanie własnych wniosków.
4.	Każdy odbiór wsparcia powinien być potwierdzony własnoręcznym podpisem uczestnika projektu w przypadku braku takiej możliwości, przez opiekuna (prawnego OZ).	Zaleca się, aby każda godzina wsparcia potwierdzona była własnoręcznym podpisem uczestnika projektu (w przypadku braku takiej możliwości, przez opiekuna lub innej osoby do tego uprawnionej). Potwierdzenie odbioru wsparcia powinny być odnotowywane na druku Karta Realizacji Usługi.
5.	Wszyscy specjaliści powinni posiadać odpowiednie wykształcenie i doświadczenie do pracy na swoich stanowiskach pracy.	Istotnym elementem projektu są specjaliści z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem na stanowisku pracy. Wszystko powinno być poświadczane: dyplomami, zaświadczeniami, certyfikatami lub referencjami. Dokumenty powinny znajdować się w aktach osobowych pracowników.
6.	Istnieje możliwość doboru i zmiany wsparcia i specjalistów (katalog wsparcia jest uzależniony od indywidualnej diagnozy).	Katalog wsparcia i pracy specjalistów nie jest zamknięty. Rodzaj i charakter oferowanego wsparcia może wynikać jedynie z: indywidualnej diagnozy początkowej oraz indywidualnych oczekiwań uczestników projektu.
7.	Każdy uczestnik powinien mieć wgląd do swoich danych i dokumentów: rekrutacyjnych i uczestnictwa.	Informacja o możliwości przetwarzania danych osobowych i innych potrzebnych do realizacji projektu powinna być zawarta: w

		regulaminie uczestnictwa, deklaracji uczestnictwa oraz w oświadczeniach o przetwarzaniu danych osobowych. Każdy z uczestników musi mieć świadomość oraz dobrowolnie wyrazić zgodę na udostępnienie swoich danych, co powinno zostać poświadczony własnoręcznym podpisem. Wszystkie dokumenty powinny być zgromadzone w jednym miejscu, do którego ma dostęp każdy z uczestników.
8.	Każdy ma prawo wnosić uwagi do harmonogramu wsparcia i umawianych wizyt.	Ze względu na zindywidualizowany charakter oferowanego wsparcia zalecana jest współpraca uczestników projektu oraz specjalistów w kwestii układania harmonogramu wsparcia. Zalecane jest powierzenie tego obowiązku jednemu specjalistom, w naszym przypadku jest to Specjalista ds. Indywidualnego Planu Działania.
9.	Udział w projekcie powinien zakończyć się ewaluacją końcową.	Zalecane jest, aby praca specjalistów i oferowanego wsparcia było zakończone ewaluacją końcową.
10.	Uczestnik projektu po wyjściu ze wsparcia powinien być monitorowany co najmniej przez następne 6 miesięcy.	Zalecane jest, aby każdy z uczestników projektu monitorowany był przez okres ok. 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie. Działanie takie ma na celu ustalenie i zweryfikowanie, czy dane wsparcie było potrzebne, wystarczające i efektywne w stosunku do nakładów. Zebrane dane mogą mieć wpływ na rodzaj i charakter oraz częstotliwość wsparcia oferowanego dla następnych uczestników.

