

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



PROGRAM WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

W CENTRUM WSPARCIA MIESZKAŃCA W CIECHANOWIE

1. Wprowadzenie i uzasadnienie programu.

Zdrowie psychiczne mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów stanowi jeden z kluczowych elementów dobrostanu zdrowotnego i społecznego, wpływając bezpośrednio na jakość życia, funkcjonowanie rodzin, aktywność zawodową. W ostatnich latach obserwuje się ogólnokrajowy wzrost zapotrzebowania na wsparcie psychologiczne.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie w 2024r. przeprowadził badanie będące elementem diagnozy przyjętej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Miejskiej Ciechanów. Wśród wyników badań pojawiły się wskazania na niedostateczny dostęp do poradnictwa psychologicznego w mieście.

Wsparcie dostępu do profesjonalnej pomocy sprzyjać będzie poprawie dobrostanu psychicznego mieszkańców Ciechanowa, zapobiegać będzie pogłębianiu się trudności oraz ograniczać skutki społeczne i zdrowotne kryzysów psychicznych. Program ten stanowi element profilaktyki zdrowotnej oraz realne wsparcie jakości życia mieszkańców, wzmacniając lokalny system pomocy społecznej i zdrowotnej.

2. Cele programu.

Program będzie miał charakter lokalnego wsparcia uzupełniającego, skoncentrowanego na szybszym, łatwiej dostępnym i mniej sformalizowanym kontakcie podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie oraz osób skierowanych przez współpracujące instytucje ze specjalistą – psychologiem.

Program zwiększy dostępność wsparcia psychologicznego dla mieszkańców Ciechanowa wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym.

Cele szczegółowe:

- 1) zwiększenie dostępności pomocy psychologicznej dla różnych grup wiekowych.
- 2) wczesna interwencja w sytuacjach kryzysowych
- 3) profilaktyka zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych
- 4) wsparcie rodzin i opiekunów w trudnościach wychowawczych i opiekuńczych
- 5) przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

3. Grupy docelowe

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów, w szczególności:

- 1) dzieci i młodzieży (m.in. problemy emocjonalne, szkolne, rówieśnicze, rodzinne)
- 2) rodziców i opiekunów (m.in. trudności wychowawcze, kryzysy rodzinne)
- 3) osoby dorosłe i seniorzy w kryzysie emocjonalnym

4. Szczegółowe zasady realizacji programu określa Regulamin programu.
5. Program w 100% jest finansowany ze środków Polsko – Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast w ramach projektu pod nazwą „Wzmocnienie systemów społecznych i ochrony środowiska w Ciechanowie oraz części jego Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego”.
6. Program realizowany jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 32D, poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie.

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



REGULAMIN PROGRAMU WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa zasady realizacji Programu Wsparcia Psychologicznego dla mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów.
2. Odbiorcami programu są mieszkańcy Gminy Miejskiej Ciechanów spełniający kryteria określone w § 2 niniejszego Regulaminu, zwani dalej Uczestnikami, niezależnie od wieku, płci czy sytuacji społecznej.
3. Podmiotem realizującym program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 32D, poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie, zwany dalej Realizatorem.

§ 2

UCZESTNICZY PROGRAMU

1. Warunkiem udziału w programie jest:
 - 1) zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Ciechanów
 - 2) zidentyfikowanie kryzysu zdrowia psychicznego, zgłoszone osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego. Dopuszcza się również zgłoszenie od instytucji/osób współpracujących typu: pedagog szkolny, przedstawiciel poradni psychologiczno – pedagogicznej, lekarz rodzinny, kurator itp. (potwierdzone zgłoszeniem osobistym osoby w ciągu 2 dni roboczych)
 - 3) złożenie karty zgłoszenia do programu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie
2. Program obejmuje w szczególności:
 - 1) dzieci i młodzież (m.in. problemy emocjonalne, szkolne, rówieśnicze, rodzinne)
 - 2) rodziców i opiekunów (m.in. trudności wychowawcze, kryzysy rodzinne)
 - 3) osoby dorosłe i seniorzy w kryzysie emocjonalnym
3. Do programu kwalifikowane są w pierwszej kolejności osoby:
 - 1) znajdujące się w przejściowym kryzysie psychicznym (np. żałoba, rozstanie, utrata pracy, problemy adaptacyjne, zaburzenia zachowania i impulsywności, problemy z tożsamością i relacjami, kryzysy emocjonalne i psychiczne połączone z zaburzeniami nastroju)
 - 2) doświadczające długotrwałego stresu, przeciążenia emocjonalnego lub wypalenia

- 3) wymagające krótkoterminowego wsparcia psychologicznego o charakterze konsultacyjnym
- 4) które nie korzystają aktualnie z długoterminowej psychoterapii finansowanej ze środków publicznych lub prywatnych

4. Program nie obejmuje osób:

- 1) z rozpoznanymi ciężkimi zaburzeniami psychicznymi wymagającymi stałego leczenia psychiatrycznego
- 2) będących w trakcie intensywnej psychoterapii długoterminowej
- 3) wymagających całodobowej opieki lub hospitalizacji psychiatrycznej
- 4) pozostających pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych w trakcie zgłaszania się lub korzystania ze wsparcia

§ 3

WYTYCZNE UCZESTNICTWA W PROGRAMIE ORAZ TRYB ZGŁASZANIA

1. Udział w programie jest dobrowolny i bezpłatny.

2. Nabór do programu prowadzony jest w trybie ciągłym, zgłoszenia rozpatrywane są zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

3. Program obejmuje ograniczoną liczbę spotkań przypadających na jednego uczestnika, tj. do maksymalnie 3 spotkań.

4. W przypadku dużego zainteresowania programem poza zastosowaną kolejnością zgłoszeń zostanie wprowadzony priorytet dla osób w sytuacji kryzysowej, wymagających natychmiastowej interwencji.

5. Warunkiem zakwalifikowania do programu jest:

- 1) pozytywna ocena zgłoszenia dokonana przez Realizatora
- 2) dostępność wolnych miejsc w programie
- 3) spełnienie wszystkich kryteriów formalnych określonych w Regulaminie i karcie zgłoszenia do programu (załącznik nr 1)
- 4) wyrażenie zgody Uczestnika na przetwarzanie danych osobowych, w zakresie niezbędnym do realizacji celu, przez Administratora danych osobowych, tj. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie.

6. Realizator programu zastrzega sobie prawo do:

- 1) przeprowadzenia wstępnej konsultacji kwalifikacyjnej
- 2) odmowy przyjęcia do programu bez podania szczegółowego uzasadnienia, jeżeli zgłoszenie nie spełnia celów programu
- 3) zakończenia udziału w Projekcie osoby, która narusza zasady programu lub stwarza zagrożenie dla siebie lub innych

7. Zgłoszenia do programu dokonywane są:

- 1) telefonicznie, poda warunkiem uzupełnienia w terminie 2 dni roboczych karty zgłoszenia do programu
- 2) elektronicznie, gdzie karta zgłoszenia do programu podpisana jest podpisem elektronicznym

- 3) osobiście – poprzez złożenie podpisanej karty zgłoszenia do programu
8. Terminy spotkań ustalane są indywidualnie z Uczestnikiem.
9. W przypadku niestawienia się na umówione spotkanie bez uprzedniego poinformowania, Realizator może odmówić wyznaczenia kolejnego terminu.
10. Realizator programu zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zmiany terminu spotkania z przyczyn organizacyjnych
 - 2) odmowy dalszego udziału w programie w przypadku rażącego naruszenia zasad uczestnictwa w programie

§ 4

OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW

1. Uczestnik programu zobowiązany jest do:
 - 1) punktualnego stawiania się na umówione spotkania
 - 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego
 - 3) wcześniejszego (min. 24h) odwołania spotkania w przypadku niemożności udziału
 - 4) współpracy z osobą udzielającą wsparcia
2. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z udziału w programie na każdym etapie, bez konieczności podawania przyczyny.
3. Uczestnik ma prawo do jednorazowej zmiany terminu spotkań z przyczyn osobistych, jednak nie później niż na 3 dni przed wyznaczonym spotkaniem.

§ 5

FINANSOWANIE PROGRAMU

1. Program wsparcia psychologicznego dla mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów jest w 100% finansowany ze środków Polsko-Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast.

§ 6

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Realizatorem programu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 32D, poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie.
2. Wsparcie psychologiczne świadczy psycholog w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie.
3. Od odmowy zakwalifikowania do programu nie przysługuje odwołanie.
4. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie w ramach realizacji usługi odpowiedzialny będzie za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi przepisami podjęcie działań z zakresu przetwarzania danych osobowych (określone w przepisach 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).

5. Kwestie sporne nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzyga Koordynator Merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie.

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



ZAŁĄCZNIK NR 1

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

I. DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA:

IMIE I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

UL.....NR.....

.

MIEJSCOWOŚĆ.....

.

TELEFON

KONTAKTOWY.....

ADRES

E-MAIL

(OPCJONALNIE)

☐

OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIESZKUJĘ NA TERENIE GMINY MIEJSKIEJ CIECHANÓW

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DOTYCZY OSÓB NIEPEŁNOLETNICH)

IMIE

I

NAZWISKO:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

UL.....NR.....

.

MIEJSCOWOŚĆ.....

.

TELEFON

KONTAKTOWY.....

☐

OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM OSOBY ZGŁASZANEJ

☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ W PROGRAMIE

**III. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE- WYTYCZNE UCZESTNICTWA
(ZAZNACZENIE WSZYSTKICH PÓL JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA
ZGŁOSZENIA)**

☐ DOŚWIADCZAM TRUDNOŚCI EMOCJONALNYCH LUB PRZEJŚCIOWEGO KRYZYSU PSYCHICZNEGO

☐ NIE KORZYSTAM OBECNIE Z DŁUGOTERMINOWEJ PSYCHOTERAPII FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH LUB PRYWATNYCH

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE PROGRAM NIE JEST PRZEZNACZONY DLA OSÓB:

- Z CIĘŻKIMI I PRZEWLEKŁYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
- WYMAGAJĄCEJ INTENSYWNEJ PSYCHOTERAPII DŁUGOTERMINOWEJ
- POZOSTAJĄCYCH POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH PODCZAS UDZIAŁU W PROGRAMIE

**IV. INFORMACJE POMOCNICZE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA
GŁÓWNA PRZYCZYNA ZGŁOSZENIA:**

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

V. ZASADY UCZESTNICTWA W PROGRAMIE:

- UDZIAŁ W PROGRAMIE JEST DOBROWOLNY I BEZPŁATNY
- PROGRAM MA CHARAKTER CZASOWY I OBEJMUJE OGRANICZONĄ LICZBĘ SPOTKAŃ – DO MAKSYMALNIE 3 SPOTKAŃ
- ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO PUNKTUALNEGO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE
- ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ODWOŁANIA SPOTKANIA Z MIN. 24H WYPRZEDZENIEM
- PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU NALEŻY DO REALIZATORA
- W PRZYPADKU DUŻEGO ZAINTERESOWANIA PROGRAMEM, PRIORYTETOWO BĘDĄ TRAKTOWANE OSOBY W SYTUACJI KRYZYSOWEJ, WYMAGAJĄCE PILNEJ INTERWENCJI

VI. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/ŁAM SIĘ Z REGULAMINEM PROGRAMU WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO I AKCEPTUJĘ JEGO POSTANOWIENIA.

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE PROGRAM:

- NIE ZASTĘPUJE LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO ANI PSYCHOTERAPII DŁUGOTERMINOWEJ
- NIE STANOWI ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ PRZEZ NFZ

.....
MIEJSCOWOĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

KWALIFIKACJA DO PROGRAMU:

☐ ZAKWALIFIKOWANO

☐ NIEZAKWALIFIKOWANO

- uzasadnienie:

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

.....
MIEJSCOWOĆ I DATA

.....
PODPIS
Specjalisty ds. programów i komunikacji
z mieszkańcami

REALIZACJA PROGRAMU:

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

Podpis osoby zatwierdzającej udzielone wsparcie w programie

.....

Koordinator merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca