



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

UCZESTNICY 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 (e-mail na adres: cwm@mopsciechanow.pl lub w formie papierowej) 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) odmowy przyjęcia do programu bez podania szczegółowego uzasadnienia, jeżeli zgłoszenie nie spełnia celów programu
- 2) zakończenia udziału w Projekcie osoby, która narusza zasady programu lub stwarza zagrożenie dla siebie lub innych

7. Zgłoszenia do programu dokonywane są:

- 1) telefonicznie, pod 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. 24 godziny) 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).

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



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



Załącznik nr 1

Karta zgłoszenia do Programu Wsparcia Psychologicznego

I. Dane identyfikacyjne Uczestnika

Imię 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)

Imię 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

.....

.....

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
- Zobowiązują się do punktualnego uczestnictwa
- Zobowiązują się do odwołania spotkania min. z 24 godzinnym wyprzedzeniem
- Przyjmują do wiadomości, że decyzję o zakwalifikowaniu do Programu należy do Realizatora
- W przypadku dużego zainteresowania Programem, priorytetowa będą traktowane osoby w sytuacji kryzysowej, wymagającej pilnej i 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 oraz nie stanowi świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



Kwalifikacja do Program

☐ zakwalifikowano

☐ nie zakwalifikowano

- uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis
Specjalisty ds. programów i
komunikacji z mieszkańcami

Realizacja programu:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby zatwierdzającej udzielone wsparcie w programie

.....
Koordynator merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca