**Załącznik nr 6**

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY**

**dotyczący usługi asystenckiej**

Data sporządzenia kontraktu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. STRONY KONTRAKTU TRÓJSTRONNEGO**

**1.1. Uczestnik/uczestniczka projektu, opiekun prawny, opiekun faktyczny[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |

**1.2. Zleceniodawca**

|  |
| --- |
| Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach |
| ul. Katowicka 35, 41-600 Świętochłowice |
| 32/2455 104 wew. 40 |

**1.3. Asystent/asystentka wykonujący/wykonująca usługę**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |

**Wykonawca usług**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**2. OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY STARSZEJ:**

**2.1. Przyczyny trudnej sytuacji życiowej:**

**2.1.1. Kategorie związane z funkcjonalnym stanem zdrowia:[[2]](#footnote-2)**

⃣ **Kategoria 1:** klient może poruszać się swobodnie w domu i poza domem, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać.

⃣ **Kategoria 2:** klient może poruszać się z trudnością poza domem, a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać.

⃣ **Kategoria 2P:** klient może poruszać się z trudnością poza domem, a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

⃣ **Kategoria 3:** klient nie może poruszać się poza domem, ale może swobodnie poruszać się w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure.

⃣ **Kategoria 3P:** klient nie może poruszać się poza domem, ale może swobodnie poruszać się w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

⃣ **Kategoria 4:** klient może poruszać się z trudnością w domu, może z trudem sporządzać posiłki zimne, a także w ograniczonym zakresie zadbać o higienę osobistą, nie może sprzątać mieszkania.

⃣ **Kategoria 4P:** klient może poruszać się z trudnością w domu, może z trudem sporządzać posiłki zimne, a także w ograniczonym zakresie zadbać o higienę osobistą, nie może sprzątać mieszkania; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

⃣ **Kategoria 5:** klient nie wstaje z łóżka.

⃣ **Kategoria 5P:** klient nie wstaje z łóżka; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

**2.1.2. Kategorie społeczno- ekonomiczne:[[3]](#footnote-3)**

2.1.2a Stopień możliwości wspomagania klienta przez osoby bliskie lub brakiem takiego wspomagania:

⃣ Stopień I (sytuacja typu „rodzina”): klient zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami bliskimi będącymi w stanie i wyrażającymi gotowość wspierania klienta.

⃣ Stopień II (sytuacja typu „bliskość bliskich”): klient mieszka sam; w zadowalającej odległości zamieszkują jego bliscy będący w stanie i wyrażający gotowość wspierania klienta.

⃣ Stopień III (sytuacja typu „jednoosobowo”): klient mieszka sam i nie może liczyć na wsparcie osób bliskich.

2.1.2b Kompetencje komunikacyjne klienta objęte następującymi rodzajami aktywności: czytanie książek i prasy, oglądanie telewizji, słuchanie radia, korzystanie z komputera/Internetu, spotykanie się z przyjaciółmi/znajomymi, uczęszczanie do kina/teatru/klubu, udział w grupie samopomocowej/organizacji pozarządowej/aktywność wolontaryjna, samodzielne załatwianie spraw w urzędach, bankach.

⃣ Stopień I: klient jest aktywny na co najmniej pięć z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.

⃣ Stopień II: klient jest aktywny na co najmniej trzy z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.

⃣ Stopień III: klient jest aktywny na co najwyżej jeden z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.

2.1.2c Sytuacja materialna (miesięczny dochód klienta):[[4]](#footnote-4)

⃣ Stopień I: dochód wysoki: wyższy od średniej płacy krajowej.

⃣ Stopień II: dochód średni: niższy od średniej płacy krajowej, ale wyższy od kryterium dochodowego udzielania świadczeń z pomocy społecznej.

⃣ Stopień III: dochód niski: niższy lub równy kryterium dochodowemu udzielania świadczeń z pomocy społecznej.

**2.2 Możliwości osoby starszej pozwalające na rozwiązanie trudnej sytuacji życiowej:**

a) chęć skorzystania z proponowanego wsparcia,

b) świadomość swoich problemów i deficytów ograniczających aktualną sytuację życiową,

c) współpraca z pracownikiem socjalnym w obszarze dotyczącym rozwiązania posiadanych problemów,

d) możliwość uzyskania wsparcia rodziny i/lub osób trzecich,

e) inne ……………………………………………………………………………………………………

**2.3. Ograniczenia osoby starszej lub bariery w środowisku powodujące utrudnienia w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej:**

a) problemy wynikające z barier ekonomicznych,

b) problemy wynikające z barier fizycznych,

c) problemy wynikające z barier psychicznych,

d) problemy społeczne i kulturowe,

e) problemy wynikające z niepełnosprawności.

**2.4. Cele które ma osiągnąć osoba starsza, umożliwiające przezwyciężenie trudnej sytuacji życiowej:**

**2.4.1. Cel lub cele główne: Podtrzymanie i wzmacnianie samodzielności Seniora (poprawa sytuacji życiowej, wzrost poczucia bezpieczeństwa, wzrost uczestnictwa w życiu społecznym i przeciwdziałanie marginalizacji).**

**2.4.2. Cele szczegółowe i efekty:**

**a) wzmacnianie dobrostanu osoby starszej, w tym utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej (dotyczy sytuacji materialnej, mieszkaniowej i zdrowotnej).**

**b) względnie pomoc w rozwiązywaniu problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem (dotyczy sytuacji rodzinnej).**

Przewidywane efekty:

- podstawowe i niezbędne potrzeby życiowe są zaspokojone,

- jakość codziennego funkcjonowania uległa polepszeniu lub została zachowana na dotychczasowym poziomie, mimo postępujących procesów obniżających samodzielność,

- osoba osiągnęła i utrzymuje funkcjonowanie na optymalnym (tj. najlepszym z możliwych w danych warunkach) poziomie samodzielności i aktywności.

**3. W CELU PODTRZYMANIA I WZMACNIANIA SAMODZIELNOŚCI STRONY USTALAJĄ WYMIAR I ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCKICH, NA RZECZ:**

**…………………………………………………………………..**

(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu)

**Usługi asystenckie świadczone będą w miejscu zamieszkania uczestnika/uczestniczki projektu od dnia …………… do dnia …………… w wymiarze …………... godzin tygodniowo tj:**

**a ich zakres obejmuje:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres wsparcia i czynności Asystenta osoby niepełnosprawnej/Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej stanowiący ofertę Beneficjenta** | **Przyznane usługi zaznaczyć krzyżykiem** |
| I | **Towarzyszenie uczestnikowi/uczestniczce projektu w kontaktach zewnętrznych związanych z przemieszczaniem się.** |
| 1 | Towarzyszenie związane z przemieszczaniem się m.in. do lekarza, rodziny/znajomych, punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach. |  |
| 2 | Spędzanie czasu wolnego, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych. |  |
| 3 | Tłumaczenie na język migowy. |  |
| 4 | Umożliwienie samodzielnego i aktywnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym poprzez pomoc w wykonywaniu takich czynności, które ta osoba wykonywałaby będąc osobą sprawną, zastępując mu jego/jej dysfunkcje. |  |
| 5 | Wspieranie osób niepełnosprawnych w wykonaniu podjętych już przez nich działań oraz inspirowanie i zachęcanie do aktywności, doradzanie, wsparcie psychiczne i emocjonalne. |  |
| 6  | Wspomaganie osoby niepełnosprawnej w realizacji osobistych zamiarów, wspomaganie w sferze samorealizacji oraz szeroko rozumianej samodzielności. |  |
| II | **Wsparcie niepełnosprawnego/niepełnosprawnej uczestnika/uczestniczki w samodzielnym funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania (dom, otoczenie)** |  |

**3.1. Asystent/asystentka wykonujący/wykonująca usługi asystenckie zobowiązuje się do:**

a) sumiennego wykonywania powierzonych mu/jej obowiązków, wynikających z zakresu usług opisanego w kontrakcie trójstronnym,

b) realizowania zaleceń Zespołu Interdyscyplinarnego/personelu medycznego,

c) zachowania tajemnicy służbowej w zakresie uzyskanych informacji podczas wykonywania czynności służbowych, zwłaszcza w zakresie danych osób, u których realizowane są usługi, informacji o sytuacji życiowej, rodzinnej, zdrowotnej czy osobistej uczestnika/uczestniczki,

d) stosowania zasad etyki,

e) poszanowania wolności, uczuć, godności i przekonań uczestnika/uczestniczki,

f) prawidłowego użytkowania i poszanowania mienia, z którego korzysta podczas wykonywania świadczeń,

g) niewprowadzania do mieszkań świadczeniobiorcy osób nieupoważnionych.

**4. Ocena realizacji kontraktu trójstronnego nastąpi ………………………………… .**

**5. Strony kontraktu trójstronnego mogą przed dniem oceny realizacji ustalonych w nim działań, uzgodnić konieczność wprowadzenia zmian kontraktu trójstronnego.**

**6. Kontrakt trójstronny został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.**

……………………………………….………………...…..

(data, podpis i pieczątka Koordynatora usług społecznych )

……..……………………………………………………..

(data, podpis i pieczątka Wykonawcy usług)

…………………………………………….

(data i podpis asystenta/asystentki)

………………………………………………..

(data i podpis uczestnika/czki projektu)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Zakreślić właściwe pole krzyżykiem „x” [↑](#footnote-ref-2)
3. Zakreślić właściwe pole krzyżykiem „x” [↑](#footnote-ref-3)
4. Zakreślić właściwe pole krzyżykiem „x” [↑](#footnote-ref-4)