Łęczna, dnia................................... 20...... r

**Informacja dotycząca zakresu usług Środowiskowego Domu Samopomocy w Łęcznej**

Pan/Pani ......................................................................................................................................

zamieszkały/ła .........................................................................................................................................

**Termin przyjęcia od dnia........................................................... do dnia..............................................**

Zakres usług Środowiskowego Domu Samopomocy w Łęcznej.

1. Zespół Wspierająco-Aktywizujący opracuje wspólnie z Panem/Panią Indywidualny Plan Postępowania Wspierająco-Aktywizującego. Plan koordynuje wybrany przez Pana/Panią Asystent.
2. Indywidualny Plan Postępowania Wspierająco-Aktywizującego będzie realizowany w porozumieniu z Panem/Panią lub opiekunem prawnym (dotyczy osób posiadających opiekunów prawnych).
3. Opracowanie Indywidualnego Planu Postępowania Wspierająco-Aktywizującego opiera się na Pana/Pani współudziale w jego tworzeniu oraz Pana/Pani aktywności w realizacji wspólnych ustaleń.
4. W przypadku osób, które po raz pierwszy występują o skierowanie do ŚDS, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęcznej wydaje decyzję na czas określony nie dłuższy niż 3 miesiące. Okres ten jest konieczny do dokonania przez Zespół Wspierająco-Aktywizujący oceny możliwości w celu opracowania Indywidualnego Planu Postępowania Wspierająco-Aktywizującego oraz wskazania okresu niezbędnego do realizacji Planu.
5. Osoby zamieszkałe na terenie Gmin: Cyców, Ludwin, Spiczyn, Puchaczów kompletują wymaganą dokumentację i przekazują ją wraz z wnioskiem o korzystanie z usług do Ośrodka Pomocy Społecznej w swoim miejscu zamieszkania.
6. Termin przyjęcia do ŚDS ustala Dyrektor w porozumieniu z Panem/Panią lub opiekunem prawnym.
7. Okres na jaki zostanie Pan/Pani skierowany/na może być przedłużony po uwzględnieniu następujących sytuacji:
* braku postępów w realizacji Planu
* okresowego braku możliwości skierowania Pana/Pani do innego ośrodka wsparcia lub domu pomocy społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, baku możliwości zatrudnienia w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.
1. Zakres usług w Środowiskowego Domu Samopomocy w Łęcznej obejmuje: trening funkcjonowania w życiu codziennym, trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, trening spędzania czasu wolnego, terapię zajęciową, poradnictwo psychologiczne, edukację zdrowotną, prace socjalną, edukację zdrowotną.
2. Inne formy postępowania przygotowujące Pana/Panią do uczestnictwa w warsztatach Terapii zajęciowej, Powiatowym zakładzie aktywności zawodowej lub podjęcia zatrudnienia w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.
3. Integrację społeczną poprzez współpracę z instytucjami i organizacjami.
4. Zapewniamy gorący posiłek z możliwością przygotowania posiłku w ramach terapii zajęciowej.
5. Inne ustalenia:

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

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

data, podpis kandydata lub opiekuna prawnego podpis pracownika ŚDS