

**Zarządzenie Nr 67/PCPR/2021**

**Starosty Piaseczyńskiego**

**z dnia 2 lipca 2021 r.**

**w sprawie wprowadzenia procedury kierowania i przyjmowania  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach.**

Na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 920 ze zm.) w związku z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 249) zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Wprowadzam procedurę kierowania i przyjmowania do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach, stanowiącą Załącznik do niniejszego Zarządzenia.

**§ 2**

Wykonanie Zarządzenia powierzam Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 30 maja 2021 r.

**§ 4**

Z dniem podjęcia niniejszego Zarządzenia traci moc Zarządzenie Nr 58/PCPR/2019 Starosty Piaseczyńskiego z dnia 30 września 2019 r.

**Starosta Piaseczyński**  
**Ksawery Gut**  
*/podpisano elektronicznie/*

**PROCEDURA KIEROWANIA I PRZYJMOWANIA  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach  
ul. Bolesława Chrobrego 83**

1. Środowiskowy Dom Samopomocy w Pęcherach jest przeznaczony dla dorosłych mieszkańców Powiatu Piaseczyńskiego:
  - 1) z niepełnosprawnością intelektualną (typ B),
  - 2) dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych (typ C)
2. Skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach następuje w drodze decyzji administracyjnej, wydanej przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, działającego z upoważnienia Starosty Piaseczyńskiego.
3. Termin przyjęcia do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach określa Kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy w porozumieniu z osobą kierowaną lub jej opiekunem prawnym. W razie braku miejsc osoba ubiegająca się o przyjęcie po złożeniu wniosku zostaje wpisana na listę osób oczekujących.
4. Osoba zainteresowana udziałem w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy w Pęcherach lub jej opiekun prawny, powinna zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Po wstępnej rozmowie z pracownikiem socjalnym i złożeniu wniosku zostanie ustalony termin przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania kandydata.
5. Każda osoba niepełnosprawna wyrażająca chęć korzystania z oferty usług świadczonych przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Pęcherach zobowiązana jest złożyć we właściwym ośrodku pomocy społecznej i następujące dokumenty:
  - 1) wniosek o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach, stanowiący Załącznik Nr 1 do niniejszej procedury;
  - 2) zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, stanowiące Załącznik Nr 2 do niniejszej procedury;

- 3) zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie, stanowiące Załącznik Nr 3 do niniejszej procedury;
- 4) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
6. Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie po otrzymaniu kompletu dokumentów wraz z wywiadem środowiskowym, w drodze decyzji administracyjnej kieruje osobę zainteresowaną do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach, tym samym upoważnia do korzystania z usług tam prowadzonych w formie indywidualnej.
7. Pierwsza decyzja kierująca wydawana jest na czas określony nie dłuższy niż 3 miesiące, w celu określenia indywidualnego planu postępowania wspierająco - aktywizującego.
8. Kolejne decyzje wydawane są na czas określony po wcześniejszym uzgodnieniu z Kierownikiem Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach.
9. Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie wraz z kserokopią dokumentów zostaje przekazana do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach.
10. Rezygnacja z uczestnictwa może nastąpić na wskutek złożenia pisemnej rezygnacji przez uczestnika, bądź opiekuna prawnego.
11. Każda osoba po przyjęciu do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach zostaje zapoznana z Regulaminem i Statutem Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach i jest zobowiązana do przestrzegania zapisów zawartych w powyższych dokumentach.

**Starosta Piaseczyński**  
**Ksawery Gut**  
*/podpisano elektronicznie/*

Załącznik Nr 1 do procedury

....., dnia.....  
/miejsowość, data/

**WNIOSEK**  
**o przyznanie pomocy w formie skierowania**  
**do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach**

1. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie:

.....

/imię i nazwisko oraz data urodzenia/

.....

.....

/adres zamieszkania, telefon/

2. Dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) lub faktycznego:

.....

/imię i nazwisko/

.....

.....

/adres zamieszkania, telefon/

Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania na pobyt dzienny do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach indywidualnych i zbiorowych mających na celu poprawę sprawności psychofizycznej, zaradności osobistej oraz lepszego funkcjonowania w społeczeństwie.

.....  
podpis osoby Wnioskodawcy lub jej opiekuna

**Starosta Piaseczyński**  
**Ksawery Gut**  
/podpisano elektronicznie/

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
/lekarza psychiatrii lub lekarza neurologa/

**I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach:**

II. ....

/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....

/adres zamieszkania/

**III. Rozpoznanie kliniczne:**

1. choroba psychiczna.....
2. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych .....
- .....
3. niepełnosprawność intelektualna w stopniu\* głębokim / znacznym / umiarkowanym / lekkim.
4. inne zaburzenia neurologiczne .....
- .....
5. inne zaburzenia .....
6. spectrum autyzmu .....
7. niepełnosprawności sprzężone .....

**IV. Istotne dane:**

1. Przebieg leczenia.....
- .....
2. Pobyty w szpitalu .....
- .....
3. Objawy choroby .....
- .....
4. Aktualny stan zdrowia.....
- .....
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku .....
- .....
6. Uzależnienia od środków psychoaktywnych .....
7. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie) .....
- .....

.....  
8. Prognoza

lekarska

.....  
.....  
V. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Pęcherach .....

VI. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:\*

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

Typ C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych  
zaliczane

do zaburzeń psychicznych

VII. Uwagi i zalecenia uzupełniające: .....

.....  
.....  
/miejsowość, data

**Starosta Piaseczyński**  
**Ksawery Gut**  
*/podpisano elektronicznie/*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/lekarza rodzinnego/

**I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pęcherach**

.....

/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....

/adres zamieszkania/

**II. Rozpoznanie kliniczne:**

1. Choroby somatyczne.....
2. Choroby neurologiczne.....
3. Choroby psychiczne i zaburzenia zachowania .....
4. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu: .....

**III. Istotne dane:**

1. Przebieg schorzenia zasadniczego, zastosowane leczenie .....
- .....
2. Informacja o zażywanych lekach (nazwy, dawkowanie) .....
- .....
3. Rodzaj i stopień niepełnosprawności .....
4. Ocena stopnia samodzielności, samoobsługi .....i.....
- .....

**IV. Badania przedmiotowe:**

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe .....
- .....
2. Układ oddechowy .....
- .....
3. Układ krążenia: wydolny- niewydolny, ciśnienie krwi .....
- .....
4. Układ trawienia .....
- .....
5. Układ moczowo - pęciowy .....
- .....
6. Układ ruchu .....
- .....
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów .....
- .....
8. Choroby zakaźne .....

a. Gruźlica: tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

9. Inne.....

V. **Przeciwwskazania do udziału w zajęciach ŚDS w Pęcherach:** występują/ nie występują

VI. **Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie**

.....

.....

.....

.....

/miejsowość, data/

\*właściwe podkreślić

.....

Podpis i pieczęć lekarza

**Starosta Piaseczyński**

**Ksawery Gut**

*/podpisano elektronicznie/*