



### **REGULAMIN PROGRAMU WSPARCIA PSYCHIATRYCZNEGO**

#### **§ 1**

##### **POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Niniejszy Regulamin określa zasady realizacji Programu Wsparcia Psychiatrycznego 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, przy współpracy z podmiotem leczniczym lub specjalistą posiadającym prawo wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizacji psychiatrii.

#### **§ 2**

##### **UCZESTNICZY PROGRAMU**

1. Warunkiem udziału w programie jest:
  - 1) zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Ciechanów
  - 2) posiadanie skierowania lekarskiego od lekarza rodzinnego do lekarza psychiatrii bądź takiego zalecenia (na piśmie) od psychologa
  - 3) złożenie karty zgłoszenia do programu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie
2. Program obejmuje w szczególności:
  - 1) dzieci i młodzież
  - 2) osoby dorosłe i seniorówznajdujących się w kryzysie psychicznym, którzy borykają się m.in. z zaburzeniami nastroju, lękowymi, osobowości, odżywiania, psychotycznymi, tożsamości, są w kryzysie emocjonalnym, społecznym, zdrowotnym.
3. Do programu kwalifikowane są w pierwszej kolejności osoby, które:
  - 1) posiadają skierowanie od lekarza rodzinnego do lekarza psychiatrii bądź zalecenie takiej wizyty wydane na piśmie przez psychologa
  - 2) nie mają możliwości szybkiego dostępu do lekarza psychiatrii w ramach NFZ
  - 3) posiadają nasilone objawy psychiczne (m.in. lęk, atak paniki, objawy depresyjne, poczucie przeciążenia psychicznego, trudności w funkcjonowaniu itp.)



4. Program nie obejmuje osób:

- 1) wymagających natychmiastowej interwencji psychiatrycznej lub hospitalizacji
- 2) korzystających aktualnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego
- 3) 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. W przypadku dużego zainteresowania programem poza zastosowaną kolejnością zgłoszeń zostanie wprowadzony priorytet dla dzieci i młodzieży.
3. Program obejmuje ograniczoną liczbę wizyt lekarskich przypadających na jednego uczestnika – tj. nie więcej niż 3 wizyty.
4. 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 programy (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
5. 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
  - 3) zmiany terminu wizyty lekarskiej z przyczyn organizacyjnych
6. Zgłoszenia do programu dokonywane są osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego – zgodnie z informacją podaną przez Realizatora.
7. Terminy spotkań ustalane są indywidualnie z Uczestnikiem programu.
8. W przypadku niestawienia się na umówioną wizytę lekarską bez uprzedniego poinformowania, Realizator może odmówić wyznaczenia kolejnego terminu, jak również może dochodzić zwrotu środków publicznych.



### § 4

#### OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW

1. Uczestnik programu zobowiązany jest do:

- 1) punktualnego stawiania się na umówioną wizytę lekarską
- 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego
- 3) wcześniejszego (min. 24 godziny) odwołania wizyty lekarskiej w przypadku niemożności udziału
- 4) współpracy z lekarzem psychiatrą

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 wizyty lekarskiej z przyczyn osobistych, jednak nie później niż na 3 dni przed wyznaczoną wizytą.

### § 5

#### FINANSOWANIE PROGRAMU

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

### § 6

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Podmiotem realizującym program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie przy współpracy z podmiotem leczniczym lub specjalistą posiadającym prawo wykonywania zawodu lekarza oraz specjalizacji psychiatrii.

2. Wsparcie psychiatryczne świadczy wybrany w konkurencyjnej procedurze lekarz psychiatra w innej lokalizacji niż siedziba 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.



Załącznik nr 1

### Karta zgłoszenia do Programu Wsparcia Psychiatrycznego

#### 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)

☐ Posiadam skierowanie lekarskie do lekarza psychiatrii bądź zalecenie psychologa

☐ Nie mam możliwości szybkiego dostępu do lekarza psychiatrii w ramach NFZ

☐ Nie korzystam obecnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego finansowanego ze środków publicznych

Przyjmuje do wiadomości, że Program nie jest przeznaczony dla osób:

- Wymagających natychmiastowej interwencji psychiatrycznej lub hospitalizacji
- Będących w stanie zagrożenia życia i zdrowia
- Korzystających aktualnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego

# SZWAJCARSKO-POLSKI

## Program Współpracy



- Pozostających pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych podczas udziału w Programie

#### IV. Zasady uczestnictwa w Programie

- Udział w Programie jest dobrowolny i bezpłatny
- Program obejmuje ograniczoną liczbę wizyt lekarskich przypadających na jednego Uczestnika- maksymalnie 3 wizyty
- Zobowiązuję się do punktualnego uczestnictwa w Programie
- Zobowiązuję się do odwołania wizyty lekarskiej min. z 24 godzinnym wyprzedzeniem
- Przyjmuję do wiadomości, że decyzję o zakwalifikowaniu do Programu należy do Realizatora

#### V. Oświadczenie Uczestnika

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Programu Wsparcia Psychiatrycznego i akceptuję jego postanowienia.
- Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą
- Przyjmuję do wiadomości, że Program nie stanowi świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ

#### Załączniki

1. ....
2. ....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika

# SZWAJCARSKO-POLSKI

## Program Współpracy



### Kwalifikacja do Programu

☐ 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