



## Środowiskowy Dom Samopomocy

Dotyczy uczestnika:.....

(imię i nazwisko uczestnika)

### I. Zasady współpracy pomiędzy rodzicami/opiekunami prawnymi a pracownikami Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Przestrzeganie zasad współpracy
2. Systematyczne przyprowadzanie uczestnika na zajęcia
3. Przyprowadzanie uczestników do godziny 9:00, natomiast odbieranie do godziny 15:30 (nie dotyczy osób dowożonych przez transport Ośrodka)
4. W przypadku osób korzystających z transportu ŚDS: oczekiwanie na transport w wyznaczonym czasie i miejscu; informowanie opiekuna transportu o nieobecności uczestnika; w przypadku osób przywożonych na wózkach obowiązkowe zamontowanie pasów oraz przypinanie nimi uczestnika do wózka
5. Opiekun/rodzic ma obowiązek informowania o zaleceniach lekarzy specjalistów
6. Opiekun/rodzic ma obowiązek informowania o zmianie leków, wystąpieniu ataków padaczki oraz stanie zdrowia
7. Opiekun/rodzic ma obowiązek informowania o przyczynach nieobecności uczestnika w placówce, niezwłoczne informowanie o zatruciach pokarmowych oraz chorobach zakaźnych
8. Usprawiedliwienie w formie pisemnej każdej nieobecności
9. Nie przyprowadzanie chorego uczestnika do placówki; rodzic/opiekun prawny jest zobowiązany do niezwłocznego odebrania swojego chorego dziecka/podopiecznego po otrzymaniu informacji z ŚDS
10. Uczestnik do placówki ubierany jest w strój dowolny, przy czym: ubiór musi być wygodny, schludny, czysty i estetyczny
11. Uczestnik do placówki przychodzi z czystymi i krótko obciętymi paznokciami (w przypadku gdy zachodzi trudność w obcinaniu paznokci w uzgodnieniu z terapeutą możliwe jest obcinanie ich w obecności rodzica/ opiekuna na terenie placówki)
12. W przypadku imprez lub uroczystości uczestnik ubierany jest odświętnie bądź na prośbę terapeuty w inny strój adekwatny do rodzaju imprezy
13. Rodzic/opiekun zobowiązany jest do dostarczenia ubrania na zmianę, butów na zmianę, pieluch, pasty, szczoteczki, ręcznika oraz stroju kąpielowego jeśli uczestnik korzysta z hydromasażu
14. Rodzic/opiekun prawny ma prawo do zapoznania się i zaakceptowania programu oraz zadań wynikających z realizacji indywidualnych planów wspierająco aktywizujących
15. Rodzic/ opiekun ma prawo do uzyskiwania codziennie informacji na temat postępów, sukcesów i niepowodzeń uczestnika oraz jego stanu psychofizycznego podczas pobytu w placówce w ciągu dnia
16. Rodzic/opiekun ma prawo do korzystania z zasobów/Stowarzyszenia, uzyskania wsparcia ze strony Stowarzyszenia oraz wpływu na jego rozwój
17. Rodzic/opiekun ma możliwość do korzystania z imprez organizowanych w ramach placówki oraz Stowarzyszenia

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami współpracy pomiędzy rodzicami/opiekunami prawnymi a pracownikami Środowiskowego Domu Samopomocy oraz będę je stosował/a w praktyce, a także termin przyjęcia do ŚDS został ze mną uzgodniony

.....	.....	.....
Data	Podpis uczestnika	Podpis rodzica/opiekuna prawnego

### II. Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy w Koszalinie, przy ul. Budowniczych 6, działającego w strukturach Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie

Zapoznałem/łam się z:

- |  |                          |     |                          |     |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| a) Statutem PSONI Koło w Koszalinie                        | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| b) Statutem Środowiskowego Domu Samopomocy                 | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| c) Regulamin funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| d) Procedurami obowiązującymi w placówce                   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| e) Zakresem działań Środowiskowego domu Samopomocy         | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

.....	.....	.....
Data	Podpis uczestnika	Podpis rodzica/opiekuna prawnego

### III. Zgody

Imię i nazwisko uczestnika: .....

Wyrażam zgodę na:

- |   |                          |     |                          |     |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| a) Udział w zajęciach z udziałem zwierząt prowadzonych podczas pobytu w ŚDS   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| b) Wyjściach uczestnika pod opieką terapeuty na spacer i wycieczki poza teren Środowiskowego Domu Samopomocy w Koszalinie   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| c) Na wykonywanie zdjęć fotograficznych oraz ich publikację w materiałach upamiętniających działalność ŚDS, promujących ŚDS (media, media społecznościowe, strona internetowa itp.) oraz eksponowanie ich na terenie ŚDS w Koszalinie | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| d) Składanie przez terapeutę podpisu na liście obecności potwierdzającego obecność uczestnika na zajęciach  | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| e) Samodzielne opuszczanie przez uczestnika ośrodka   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

.....	.....	.....
Data	Podpis uczestnika	Podpis rodzica/opiekuna prawnego