

**ZARZĄDZENIE NR 9/2021**  
**DYREKTORA CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ**  
**W ŚWIĘTOCHŁOWICACH**

z dnia 16 marca 2021 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego  
w projekcie „Animacja działań społecznych w środowisku lokalnym – Razem dla  
Świętochłowic”**

Na podstawie § 10 ust. 1, § 11 ust. 2 pkt 1 statutu Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach oraz § 21 Regulaminu uczestnictwa w zajęciach Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach, zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadzić z dniem 16 marca 2021 r. Regulamin funkcjonowania mieszkania chronionego w Projekcie „Animacja działań społecznych w środowisku lokalnym – Razem dla Świętochłowic”. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach działania: 9.1. Aktywna integracja dla poddziałania: 9.1.5. Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – konkurs Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.

§ 2. Traci moc Zarządzenie nr 13/2017 Dyrektora Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach z dnia 1 września 2017 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego w projekcie: „Animacja działań społecznych w środowisku lokalnym – Razem dla Świętochłowic”.

§ 3. Regulamin stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 4. Wykonanie Zarządzenia powierza się właściwym rzeczowo pracownikom Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor  
Centrum Integracji Społecznej  
w Świętochłowicach  
  
Magdalena Domańska-Rosin

RADCA PRAWNY

Jakub Szumny  
KT 3391





Załącznik do Zarządzenia nr 9/2021  
Dyrektora Centrum Integracji Społecznej  
w Świętochłowicach z dnia 16 marca 2021 r.

## Regulamin funkcjonowania mieszkania chronionego

### Rozdział I

#### Postanowienia Ogólne

##### § 1

1. Regulamin określa zasady funkcjonowania mieszkania chronionego.
2. Osobą przebywającą w mieszkaniu chronionym może być uczestnik projektu „Animacja działań społecznych w środowisku lokalnym – Razem dla Świętochłowic”.
3. Mieszkanie przeznaczone jest dla ofiar przemocy, dla osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze, jak również dla osób/rodzin w razie zdarzeń losowych, zamieszkujących na terenie gminy Świętochłowice, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostki całodobowej opieki.
4. Celem funkcjonowania mieszkania chronionego jest:
  - udzielanie schronienia osobom i rodzinom znajdującym się w sytuacji kryzysowej;
  - zapewnienie bezpieczeństwa, zapobieganie przechodzenia kryzysu w stan chroniczny;
  - przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i jej skutkom oraz zapobieganie wykluczeniu społecznemu;
  - usamodzielnienie osób przebywających w mieszkaniu, readaptacja i powrót do środowiska.
5. Wsparcie świadczone w mieszkaniu chronionym obejmuje przede wszystkim:
  - pracę socjalną realizowaną przy współpracy asystenta rodziny i opiekuna mieszkania, mającą na celu szeroko pojęte wsparcie na drodze usamodzielniania się;
  - poradnictwo specjalistyczne, o którym mowa w art. 46 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

## § 2

1. Pobyt w mieszkaniu chronionym przyznaje się na wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie do uzyskania wsparcia w postaci pobytu w mieszkaniu chronionym stanowiący *załącznik nr 1* niniejszego regulaminu.
2. Decyzja kierująca na pobyt w mieszkaniu chronionym określa czas pobytu w mieszkaniu przez osobę, której przyznano pobyt w mieszkaniu chronionym.
3. Uzgodnienia pomiędzy stronami dotyczą: okresu pobytu, liczby dzieci, które wraz z ubiegającym się zamieszkają w mieszkaniu chronionym, osoby udzielającej wsparcia i zakresu wsparcia, sposobu usprawiedliwiania nieobecności w mieszkaniu chronionym, celu, zasad i sposobu realizacji programu usamodzielnienia osoby.
4. Uzgodnienia dotyczące celu, zasad i sposobu realizacji programu usamodzielniania osoby zawarte są w formie pisemnej w Indywidualnym Planie Działania będącym *załącznikiem nr 2* regulaminu.
5. Plan – uwzględniający osobiste predyspozycje uczestnika i jego aktualną sytuację – zawierać będzie indywidualną ścieżkę usamodzielnienia przewidującą m.in.: wsparcie instytucjonalne, działania ekonomiczne, zdobycie kwalifikacji zawodowych, powrót na rynek pracy, a finalnie – w uzasadnionych przypadkach – otrzymanie lokalu z zasobów gminnych i samodzielne nim zarządzanie, w tym ponoszenie opłat czynszowych.
6. Uzgodnienia dotyczące okresu pobytu, liczby dzieci, które wraz z ubiegającym się zamieszkają w mieszkaniu chronionym, osoby udzielającej wsparcia i zakresu wsparcia, sposobu usprawiedliwiania nieobecności w mieszkaniu chronionym zawarte są w kwestionariuszu uzgodnień będącym *załącznikiem nr 3* regulaminu.
7. Każdy mieszkaniec zobowiązany jest podpisać następujące dokumenty:
  - klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych – *załącznik nr 4*;
  - klauzula poufności – *załącznik nr 5*;
  - zgoda na przeprowadzenie badania kontrolnego alkomatem – *załącznik nr 6*;
  - zgoda na wykonanie testu na obecność substancji psychoaktywnych – *załącznik nr 7*.

### § 3

1. Mieszkanie chronione na charakter rotacyjny, a okres na jaki jest przydzielane zależy od indywidualnej sytuacji osoby i możliwości zaspokojenia potrzeby mieszkania we własnym zakresie, jednak nie dłużej niż 6 miesięcy z możliwością przedłużenia o kolejne pół roku.
2. Prawo do zamieszkania w mieszkaniu chronionym przysługuje wyłącznie osobom wymienionym we wniosku.
3. Współprzebywanie w mieszkaniu chronionym wszystkich osób, którym przyznano pobyt w mieszkaniu opiera się na poszanowaniu godności innych osób, poszanowanie cudzej własności, respektowanie potrzeb innych osób i zainteresowań, wzajemnej życzliwości, szacunku i tolerancji.

## Rozdział II

### **Prawa i obowiązki osób korzystających ze wsparcia w mieszkaniu chronionym**

#### §4

1. Każda osoba, której przyznano pobyt w mieszkaniu chronionym ma prawo do:
  - bezpiecznych i właściwych warunków do odpoczynku, nauki, pracy własnej, przygotowanie posiłków;
  - korzystania ze wszystkich urządzeń i wyposażenia znajdującego się w mieszkaniu;
  - pomocy i odpowiedniego wsparcia ze strony opiekuna mieszkania i asystenta rodziny;
  - korzystania z porad, konsultacji lub terapii specjalistów zatrudnionych w Centrum Integracji Społecznej.
2. Do obowiązków osób, którym przyznano pobyt w mieszkaniu chronionym należy:
  - przestrzeganie zasad współżycia społecznego, poszanowania godności innych osób, poszanowania cudzej własności, respektowania praw innych mieszkańców do realizacji ich potrzeb i zainteresowań;
  - przestrzeganie całkowitego zakazu wnoszenia i spożywania alkoholu i środków odurzających na terenie mieszkania i posesji;
  - poszanowanie wyposażenia mieszkania i ponoszenia kosztów zawinionych przez siebie zniszczeń – odpowiedzialność materialna za zniszczone mienie;

- utrzymanie w czystości pomieszczeń mieszkania i wyznaczonej części klatki schodowej;
- respektowanie zaleceń opiekuna mieszkania chronionego oraz asystenta rodziny, informowanie ich o ewentualnych trudnościach, problemach, nieporozumieniach wynikających w trakcie wspólnego zamieszkiwania w mieszkaniu chronionym;
- przestrzeganie zasady odwiedzin osób obcych do godziny 18:00, oraz ciszy nocnej w godzinach 22:00 – 06:00;
- przestrzeganie zakazu udostępniania mieszkania osobom obcym;
- oszczędne korzystanie z mediów;
- zapoznanie się z instrukcjami obsługi sprzętu, w który wyposażone jest mieszkanie i użytkowanie go zgodnie z tymi instrukcjami;
- zgłaszanie swojej nieobecności przekraczającej 24 godziny z jednodniowym wyprzedzeniem, umożliwienie wstępu do mieszkania chronionego (o każdej porze, w tym nocnej) opiekunowi mieszkania lub innemu pracownikowi upoważnionemu przez Dyrektora Centrum Integracji Społecznej;
- aktywne korzystanie z oferowanych form wsparcia;
- przestrzeganie postanowień regulaminu.

## § 5

1. Obowiązki opiekuna mieszkania chronionego pełni osoba wyznaczona przez Dyrektora Centrum Integracji Społecznej.
2. Obowiązki opiekuna mieszkania chronionego obejmują:
  - sprawowanie pieczy nad właściwym użytkowaniem mieszkania chronionego;
  - udzielanie mieszkańcom wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych;
  - mediacje konfliktów między mieszkańcami;
  - udzielanie pomocy i wskazywanie sposobów załatwiania bieżących spraw urzędowych i osobistych;
  - współpraca z asystentem rodziny, innymi specjalistami i instytucjami na rzecz prawidłowego procesu usamodzielniania osób przebywających w mieszkaniu, readaptacji i powrotu o środowiska.



### Rozdział III

#### Organizacja wewnętrzna mieszkania chronionego

##### § 6

1. Mieszkanie chronione znajduje się na pierwszym piętrze w budynku położonym w Świętochłowicach 41-600, przy ul. Katowickiej 25/5.
2. Mieszkanie chronione o łącznej powierzchni użytkowej 94,65 m<sup>2</sup>, składa się z czterech lokali 5a, 5b, 5c, 5d:
  - czterech pokoi mieszkalnych;
  - pomieszczeń wspólnych tj.: salonu, kuchni, przedpokoju, łazienki wraz WC, pomieszczenia gospodarczego.

### Rozdział IV

#### Postanowienia końcowe

##### § 7

1. Wszystkie osoby, którym przyznano pobyt w mieszkaniu chronionym zapoznawane są z niniejszym regulaminem i pisemnie składają oświadczenie, że zapoznały się i akceptują treść regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego wg. wzoru stanowiącego załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu.
2. Opuszczenie mieszkania powinno nastąpić najpóźniej w ostatnim dniu terminu obowiązywania umowy/kontraktu.
3. W przypadku nie przestrzegania zasad kontraktu i/lub regulaminu przez osobę zamieszkujejącą w mieszkaniu chronionym i korzystającą ze wsparcia, decyzja przyznająca pobyt w mieszkaniu chronionym może zostać uchylona.
4. Wszczęcie procedury mającej na celu uchylene decyzji z powodu nie przestrzegania zasad kontraktu i/lub regulaminu przez osobę zamieszkujejącą w mieszkaniu chronionym powinno być rozpoczęte po wyczerpaniu innych metod dyscyplinujących użytkownika mieszkania:
  - rozmowy wychowawczej z opiekunem mieszkania chronionego, z którym sporządza się notatkę służbową;
  - pisemnego upomnienia.

## § 8

1. Osoba opuszczająca mieszkanie chronione zobowiązana jest do:
  - pozostawienia mieszkania w odpowiednim stanie technicznym;
  - rozliczenia się ze wszystkich sprzętów stanowiących mienie mieszkania, wg. wzoru stanowiącego załącznik nr 9 do niniejszego regulaminu;
  - zdania kluczy opiekunowi mieszkania lub wyznaczonemu przez Dyrektora pracownikowi Centrum Integracji Społecznej.
2. Sprawy niezawarte w niniejszym regulaminie regulują obowiązujące przepisy prawa.

*Wykaz załączników:*

*nr 1 Wniosek o przyznanie pobytu w mieszkaniu chronionym*

*nr 2 Indywidualny plan działania*

*nr 3 Kwestionariusz uzgodnień*

*nr 4 Zgoda na przetwarzanie danych osobowych*

*nr 5 Klauzula poufności*

*nr 6 Zgoda na przeprowadzenie badania kontrolnego alkomatem*

*nr 7 Zgoda na użycia testu na obecność substancji psychoaktywnych*

*nr 8 Oświadczenie dot. akceptacji Regulaminu mieszkania chronionego*

*nr 9 Protokół zdawczo-odbiorczy lokalu*

  
RADCA PRAWNY  
Jakub Szumny  
KI 3391  
-3-





### Oświadczenie

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz.1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w stopniu niezbędnym do realizacji wynikających z realizacji Projektu „*Animacja działań społecznych w środowisku lokalnym – Razem dla Świętochłowic*”. Jednocześnie oświadczam, że znam adres administratora moich danych osobowych, cel zbierania danych, potencjalnych odbiorców danych i prawa dostępu do moich danych, wynikających z art. 32 ust 1 ustawy.

.....

(Data i czytelny podpis osoby ubiegającej się o mieszkanie chronione)

Załącznik nr 2 do Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego

## Indywidualny plan działania

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIESZKANIE CHRONIONE	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	

### 1. Diagnoza sytuacji zawodowej:

1. ANALIZA POTENCJAŁU OSOBY	
Wykształcenie	
Zawód wyuczony	
Przebyte kursy i szkolenia	
Doświadczenie zawodowe (staż pracy, wykonywane zawody, zajmowane stanowiska pracy)	
Zainteresowania	
Posiadane umiejętności i kompetencje	
Cechy osobowości	
2. ANALIZA UWARUNKOWAŃ ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH OSOBY	
Stan zdrowia (przeciwwskazania do wykonywania pracy, posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, itp.)	
Sytuacja rodzinna (w tym konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem lub członkiem rodziny)	
3. USTALENIE PROBLEMU ZAWODOWEGO OSOBY	
Przyczyny pozostawania bez pracy lub w niekorzystnej sytuacji na	

rynku pracy	
Deficyty w zakresie posiadanych kompetencji/kwalifikacji	
<b>4. OPIS PREDYSPOZYCJI/PREFERENCJI ZAWODOWCH OSOBY</b>	
Opis wyników badania:	
<b>5. OKREŚLENIE KIERUNKÓW ROZWOJU OSOBY</b>	
<b>Kursy/szkolenia zawodowe</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>Zakres kursu/szkolenia zawodowego</b>	
<b>Staż zawodowy</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>Zakres stażu zawodowego</b>	

Ja niżej podpisany/podpisana potwierdzam wykonanie i akceptuję opisaną powyżej diagnozę sytuacji zawodowej.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis osoby)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis doradcy zawodowego)

## 2. Indywidualny plan działania:

1. USTALENIE I OPIS CELÓW ZAWODOWYCH OSOBY	
<b>CEL STRATEGICZNY</b> np. podjęcie zatrudnienia w przypadku osoby pozostającej bez zatrudnienia lub poprawa sytuacji na rynku pracy w przypadku osoby pracującej	
<b>CELE SZCZEGÓLNOWE</b> np. nabycie doświadczenia zawodowego; nabycie kompetencji zawodowych lub uzyskanie określonych kwalifikacji zawodowych. Opis celów powinien być wykonywany z użyciem metody SMART.	
2. OKREŚLENIE POSZCZEGÓLNYCH DZIAŁAŃ ROZWOJOWYCH	
<b>DZIAŁANIE 1:</b>	INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, testy, rozmowa
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 2:</b>	PORADNICTWO ZAWODOWE
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, rozmowa
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 3:</b>	Pakiet szkoleń umiejętności „miękkich”
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wykład, case study, warsztat

<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 4:</b>	Mentor/coach/psycholog
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, rozmowa
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 5:</b>	POŚREDNICTWO PRACY
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, rozmowa
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 6:</b>	SZKOLENIE ZAWODOWE
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, case study, warsztat, zajęcia praktyczne
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 7:</b>	SZKOLENIE CERTYFIKOWANE
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>

<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, case study, warsztat, zajęcia praktyczne
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 8:</b>	KURS KOMPUTEROWY
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	Wywiad, case study, warsztat, zajęcia praktyczne
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 9:</b>	ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE
<b>DOTYCZY:</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>SPOSÓB:</b>	
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>3. OKREŚLENIE POSZCZEGÓLNYCH DZIAŁAŃ ROZWOJOWYCH DO SAMODZIELNEJ REALIZACJI OSOBY</b>	
<b>DZIAŁANIE 1:</b>	
<b>SPOSÓB:</b>	
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	

<b>DZIAŁANIE 2:</b>	
<b>SPOSÓB:</b>	
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	
<b>DZIAŁANIE 3:</b>	
<b>SPOSÓB:</b>	
<b>LICZBA GODZIN:</b>	
<b>TERMIN REALIZACJI:</b>	
<b>OCZEKIWANE REZULTATY DZIAŁAŃ:</b>	
<b>REZULTAT DZIAŁAŃ:</b>	

Ja niżej podpisany/podpisana potwierdzam zapoznanie się z zakresem i kolejnością działań rozwojowych proponowanych w Indywidualnym Planie Działania.

Zobowiązuję się do pełnego i aktywnego realizowania ustalonych wspólnie działań, jak również przestrzegania ustalonych form współpracy i terminów określonych w planie działania. O wszelkich działaniach lub zaistniałych zmianach w mojej sytuacji, wpływających na realizację powyższego planu, poinformuję personel Centrum Integracji Społecznej.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o możliwości weryfikacji lub modyfikacji Indywidualnego Planu Działania w przypadku zaistnienia zmian w mojej sytuacji społeczno-zawodowej.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis osoby)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis doradcy zawodowego)





### 3. Podsumowanie działań w ramach Indywidualnego planu działania:

<b>WYNIK KOŃCOWY REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU DZIAŁANIA</b>
<p><b>Opis wyniku końcowego IPD</b> (w tym przyczyny ewentualnych niepowodzeń oraz sposoby minimalizacji lub usunięcia trudności):</p>          

Ja niżej podpisany/podpisana potwierdzam zakończenie realizacji Indywidualnego Planu Działania.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis osoby)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis doradcy zawodowego)

### 4. Modyfikacja realizacji Indywidualnego planu działania:

<b>MODYFIKACJE REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU DZIAŁANIA</b>	
<b>DZIAŁANIE NR ...</b>	
<b>ZAKRES MODYFIKACJI</b>	
<b>PRZYCZYNA MODYFIKACJI</b>	
<b>DZIAŁANIE NR ...</b>	
<b>ZAKRES MODYFIKACJI</b>	

<b>PRZYCZYNA MODYFIKACJI</b>	
<b>DZIAŁANIE NR ...</b>	
<b>ZAKRES MODYFIKACJI</b>	
<b>PRZYCZYNA MODYFIKACJI</b>	

Ja niżej podpisany/podpisana potwierdzam i akceptuję wykonaną powyżej modyfikację Indywidualnego Planu Działania.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis osoby)

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis doradcy zawodowego)

Załącznik nr 3 do Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego

.....  
(Data i miejsce uzgodnień)

### Kwestionariusz uzgodnień

(Na podstawie § 3 ust. 3 i 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych)

#### I. Strony uzgodnień:

##### 1. Dane użytkownika mieszkania chronionego:

1)	Imię	.....
2)	Nazwisko	.....
3)	PESEL lub nazwa i numer dokumentu tożsamości	..... .....

##### 2. Dane pracownika socjalnego:

1)	Imię	.....
2)	Nazwisko	.....
3)	Numer telefonu kontaktowego	.....

##### 3. Dane opiekuna mieszkania chronionego lub innej osoby odpowiedzialnej za realizację programu usamodzielniania osoby lub programu wspierania osoby:

1)	Imię	.....
2)	Nazwisko	.....
3)	Numer telefonu kontaktowego	.....

## II. Uzgodnienia dotyczące korzystania z pomocy w formie pobytu w mieszkaniu chronionym:

1. Cel pobytu:

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

2. Okres pobytu:

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

3. Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia\*:

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

4. Odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia:

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

5. Sposób usprawiedliwiania nieobecności w mieszkaniu:

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

6. Zasady i sposób realizacji programu usamodzielniania osoby lub programu



wspierania osoby:

Rodzaj planowanego działania:	Osoba podejmująca działanie:	Termin realizacji:

**III. Uzgodnienia zostały sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.**

.....  
(Podpis użytkownika mieszkania chronionego)

.....  
(Podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

.....  
(Podpis opiekuna mieszkania chronionego)

\*Rodzaj i zakres wsparcia świadczonego w mieszkaniach chronionych są uzależnione od indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych osób korzystających ze wsparcia. Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. z 2018 r. poz. 882), w ramach minimalnego standardu usług świadczonych w mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi polegające na nauce, rozwijaniu lub utrwalaniu umiejętności w zakresie: 1) samoobsługi; 2) zaspokajania codziennych potrzeb życiowych; 3) efektywnego zarządzania czasem; 4) prowadzenia gospodarstwa domowego; 5) załatwiania spraw urzędowych; 6) utrzymywania więzi rodzinnych; 7) uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej; 8) poszukiwania pracy.

**Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia mogą ulegać zmianom w zależności od oceny sytuacji osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu chronionym, dokonywanej, co najmniej raz na 3 miesiące. Zmiany wprowadzane są w drodze uzgodnień, które mają formę pisemną.**

## Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych – załącznik nr 7

### Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach jest:

Mirosław Karwot; email: iod.inspect@gmail.com

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oraz zakresie niezbędnym do jego realizacji. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Dane osobowe będą przetwarzane w celu funkcjonowania mieszkania chronionego oraz realizacji Indywidualnego Planu Działania.

**Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Kodeks Cywilny (art. 23 i 24).

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą:

Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Inne podmioty, które na podstawie umów podpisanych z Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

Trwania umowy. Po rozwiązaniu umowy dane będą przechowywane ze względu na obowiązki wynikające z regulacji księgowych i podatkowych przez czas ich trwania oraz ze względów bezpieczeństwa prawnego, do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem



- przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest (wybrać odpowiednio):
- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | wymogiem ustawowym       |
| <input type="checkbox"/>            | warunkiem umownym        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | warunkiem zawarcia umowy |
10. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych będzie:
- Brak możliwości zawarcia umowy.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będzie przeprowadzany proces profilowania.

<b>Wyrażenie zgody</b>	
Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę:	
Data:	
<b>Zapoznałam/zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną Administratora danych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w wyżej wymienionym celu i zakresie.</b>	
Podpis osoby wyrażającej zgodę:	



## Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych – załącznik nr 25

### Klauzula poufności

W związku z działaniami prowadzonymi na terenie obiektów Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach zobowiązuje się do:

1. Zachowania w tajemnicy wszelkich danych osobowych, do których mam dostęp w związku z wykonywaniem powierzonych czynności.
2. Zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych, do których mam dostęp w związku z wykonywaniem powierzonych czynności.

**Odpowiedzialność określa ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, rozdział 11, Art. 107 zgodnie z którym:**

1. Kto przetwarza dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do ich przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.
2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, danych genetycznych, danych biometrycznych przetwarzanych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech.

**Powyższej tajemnicy zobowiązuje się dochować również po ustaniu zatrudnienia/współpracy.**

**Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną Administratora danych.**

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce:	
Podpis:	





Załącznik nr 6 do Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego

Świętochłowice , dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....  
(Adres)

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że wyrażam zgodę na dobrowolne wykonanie badania alkomatem na terenie mieszkania chronionego na każde żądanie pracownika upoważnionego przez Dyrektora Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

.....  
*czytelny podpis mieszkańca*

Załącznik nr 7 do Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego

Świętochłowice , dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....  
(Adres)

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że wyrażam zgodę na dobrowolne wykonanie testu na obecność środków odurzających na terenie mieszkania chronionego na każde żądanie pracownika upoważnionego przez Dyrektora Centrum Integracji Społecznej w Świętochłowicach.

.....  
*czytelny podpis mieszkańca*



Załącznik nr 8 do Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego

Świętochłowice , dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....  
.....  
(Adres)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i akceptuję treść Regulaminu funkcjonowania mieszkania chronionego.

.....  
*czytelny podpis mieszkańca*

## Protokół zdawczo – odbiorczy lokalu

W dniu ..... roku w lokalu mieszkalnym przy  
ul.....

Stawili się:

Pan/i ..... **Przekazujący**

oraz

Pan/i ..... **Przejmujący**

**Strony potwierdzają ponadto, że:**

**Lokal wyposażony jest w przedmioty i meble takie jak:**

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

**Przejmujący zgłasza następujące uwagi do stanu wyposażenia Lokalu:**

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

**Przejmujący zgłasza następujące uwagi do stanu technicznego lokalu:**

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

**Stany liczników na dzień podpisania protokołu:**

Stan licznika energii elektrycznej numer ..... wynosi  
.....

Stan licznika zimnej wody (ZW) numer ..... wynosi  
.....

Stan licznika energii gazowej numer ..... wynosi  
.....

**Przekazujący oddaje Przejmującemu:**

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

**Inne ustalenia i potwierdzenia Stron:**

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

.....  
Przejmujący

.....  
Przekazujący

