

Plan de dezinstituționalizare
PARTEA 2: Implementare și actualizare



Acest plan este bazat pe:

Planurile Individuale ale tuturor rezidenților din centru (recomandat în special pentru serviciile rezidențiale de mici dimensiuni).

1. Informații generale și repere strategice

1.1. Obiectivele specifice ale Planului DI: Implementare și actualizare

Obiectivele specifice sprijină îndeplinirea obiectivului general specificat în Planul DI PARTEA 1: Inițiere și pregătire. Ele trebuie să fie SMART (specifice, măsurabile, realizabile, și încadrate temporal). Exemple de obiective specifice, care ar putea fi aplicabile tuturor Planurilor DI Implementare și actualizare, sunt: „1. Creșterea capacității serviciilor sociale din comunitate cu [...] locuri per tip de serviciu prin dezvoltarea unui număr de [...] servicii sociale în comunitate de tipurile [...]” și „2. Asigurarea traiului independent al persoanelor cu dizabilități dezinstituționalizate pe baza Planului Individual și cu sprijinul serviciilor în comunitate”. Acestea trebuie, însă, adaptate de fiecare DGASPC și Consiliu Județean, precum trebuie stabilite și alte obiective specifice, cu detalii concrete, în concordanță cu situația de la nivel de județ și centru rezidențial și cu țintele asumate

Obiective specifice

- 1 Dezvoltarea serviciilor sociale adaptate nevoilor individuale ale beneficiarilor, în concordanță cu rezultatele evaluărilor realizate în etapa de inițiere și pregătire.;
Asigurarea tranziției beneficiarilor către serviciile adaptate nevoilor identificate

| Ținte principale | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|---|---|------|------|------|------|------|------|------|
| comunitate care primesc servicii de tip respiro | | | | | | | | |
| Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii în centre de zi | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate transferate în comunitate la asistent personal profesionist | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate, cu asistent personal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc alte tipuri de servicii | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Alt serviciu, și anume | 1 - centrul de persoane varstnice 2- locuințe protejate | | | | | | | |
| Nr. de angajați transferați în servicii în comunitate, din care: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - transferați în servicii în comunitate ale DGASPC | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - transferați în servicii în comunitate ale APL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - transferați în servicii în comunitate private | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nr. de angajați transferați în alte departamente ale DGASPC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

2. Elaborarea Planurilor Individuale

2.1 Desfășurarea formării personalului

Include activitățile necesare pentru implementarea formării persoanelor implicate în elaborarea Planului individual și a personalului din centrul rezidențial pentru a furniza persoanelor cu dizabilități sprijin adecvat atât pe perioada

tranziției la viața în comunitate, cât și în serviciile din comunitate (vezi secțiunea 4.2.2 din Ghidul DI). Nevoia de formare specifică facilitării în planificarea centrată pe persoană (PCP) este progresiv centralizată și comunicată către ANPDPD. Nevoia de formare pentru schimbarea calificării personalului centrelor rezidențiale, acolo unde este cazul, astfel încât acesta să se poată angaja în servicii sociale în comunitate (spre exemplu, recalificare în ocupația de lucrător social), este acoperită de DGASPC.

Planul pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI (Anexa A6) este atașat acestui plan.

Formarea specifică facilitării PCP va include un program de supervizare. Personalul care oferă sprijin direct în comunitate persoanelor cu dizabilități vor putea apela la supervizorii desemnați pentru a primi îndrumare tehnică care să asigure aplicarea principiilor abordării centrate pe persoană. Aceștia vor putea fi desemnați din rândul personalului de specialitate din centru (asistenți sociali, psihologi etc.). Planificarea programului de supervizare conține informații despre calendar și alocarea supervizorilor. Informațiile sunt completate de către Specialistul în Resurse Umane în Anexa B2.

Planul de punere în aplicare a unui program de supervizare privind PCP (Anexa B2) este atașat acestui plan.

2.2 Realizarea Planurilor Individuale

Planurile Individuale vor fi întocmite conform principiilor planificării centrate pe persoană, de către facilitatori care au urmat instruire dedicată în metodele și practicile PCP (vezi secțiunea 4.1.2, Caseta 13 din Ghidul DI), în coproducție cu managerii de caz (care, în prealabil, au fost formați în PCP), cu contribuția cercului de sprijin și îndrumați de fiecare persoană cu dizabilități. Facilitatorii vor lucra sub coordonarea generală a Coordonatorului de plan. În cadrul fiecărui Plan DI se poate decide ca planificarea să fie realizată progresiv, adică pentru minim 20 de persoane odată. Se recomandă ca aceste grupuri să fie cât mai diverse în ceea ce privește tipul și gradul de dizabilitate, gen, vârstă sau perioada de timp petrecută în cadrul sistemului de protecție, reflectând diversitatea de persoane rezidente în centru, ceea ce va permite dezvoltarea treptată a serviciilor în comunitate pentru a răspunde unei game variate și complexe de nevoi. Minuttele întâlnirilor cercului de sprijin vor fi consemnate de facilitatori, împreună cu informații privind componența participanților, teme discutate. Se folosesc documentele din Anexa B1. Planul Individual.

Numărul de rezidenți, planificați pe grupuri, pentru care vor fi/sunt elaborate Planuri Individuale

Grupul 1. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri Individuale

48

Precondiții pentru elaborarea Planurilor Individuale

Elaborarea Planului Individual pentru o persoană poate să înceapă doar după ce facilitatorul și managerul de caz au fost formați în PCP și după ce persoana cu dizabilități are stabilit un cerc de sprijin. Precondițiile pentru elaborarea Planurilor Individuale sunt completate pentru fiecare rezident de către managerul său de caz. Dacă la momentul

completării, răspunsul nu este DA la întrebările privind formarea facilitatorului și managerului de caz și stabilirea cercului de sprijin, fișa trebuie actualizată și finalizată atunci când cele 3 condiții sunt îndeplinite (1. Facilitatorul a fost format în PCP; 2. Managerul de caz a fost format în PCP; 3. Persoana are cerc de sprijin). Îndeplinirea acestor condiții poate fi realizată în termene diferite pentru persoane diferite. Este recomandată începerea elaborării Planului Individual pentru o persoană imediat ce condițiile sunt îndeplinite pentru ea.

Confirmăm că Planurile Individuale ale rezidenților pentru care este elaborată versiunea curentă a Planului DI au fost începute doar după ce facilitatorul(ii) și managerul(ii) de caz au fost formați în PCP și după ce fiecare persoană cu dizabilități a avut stabilit cerc de sprijin.

Numărul de rezidenți pentru care Planurile Individuale au fost elaborate

Grupul 1. Număr de rezidenți pentru care au fost elaborate Planuri Individuale 50

Notă: Tabelul este completat automat și include rezidenții (repartizați pe grupuri, conform datelor completate în Fișa Precondiții de îndeplinit pentru elaborarea Planului Individual) pentru care: Fișa individuală (Anexa A5) este completată/finalizată; sunt îndeplinite condițiile pentru elaborarea Planului Individual; și Fișa Necesarul de sprijin pentru o viață independentă este completată/finalizată.

2.3. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție

Descrieți activitățile planificate sub coordonarea managerilor de caz cu contribuția facilitatorilor și a cercurilor de sprijin și în baza îndrumărilor primite de la persoanele cu dizabilități în vederea pregătirii transferului în comunitate. Acțiunile acoperă pregătirea emoțională, psihologică, pregătirea mutării efective și toate acțiunile pe termen scurt identificate prin realizarea PCP. Acțiunile trebuie să continue dezvoltarea abilităților de autodeterminare și autoreprezentare în rândul persoanelor cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial, prin colaborare cu autoreprezentanți care au trăit în centre rezidențiale și în prezent trăiesc în comunitate, sau organizații ale acestora. Mai specific, conform secțiunii 4.3 din Ghidul DI, descrieți activitățile desfășurate pentru pregătirea persoanelor pentru tranziție pe baza elementelor descrise(ex. câte persoane au desfășurat activități în comunitate, inclusiv cea de destinație, câte persoane și-au vizitat viitoarea locuință, câte persoane și-au cunoscut viitorii furnizori de servicii în comunitate, câte persoane au identificat cu ajutorul echipei posibile oportunități de educație sau ocupare). Descrieți continuarea activităților de autoreprezentare și tipurile de activități realizate în acest sens.

Descrierea activităților desfășurate pentru pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție și activitățile de autoreprezentare

Procesul de pregătire pentru tranziție este individualizat și adaptat permanent în funcție de evoluția fiecărei persoane, în concordanță cu recomandările echipei multidisciplinare. Implementarea activităților se realizează gradual, cu monitorizare periodică și actualizarea Planurilor Individuale, în vederea asigurării unei tranziții sigure și evitării riscului de reinstituționalizare. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție se realizează într-o manieră adaptată profilului beneficiarilor CAbR nr. 2 Lugoj, majoritatea fiind persoane vârstnice, cu afecțiuni cronice și nivel redus de autonomie. Activitățile planificate și desfășurate includ: – sesiuni individuale de informare, realizate într-un limbaj accesibil, privind procesul de reorganizare și continuitatea îngrijirii; – consiliere psihologică pentru gestionarea emoțiilor

asociate schimbării mediului de viață; – menținerea rutinei zilnice pentru reducerea riscului de dezorientare și anxietate; – evaluarea și actualizarea planurilor medicale individuale, în vederea asigurării continuității tratamentului; – pregătirea documentației medicale și sociale necesare transferului; – activități de stimulare cognitivă și motrică (terapie ocupațională, exerciții de mobilitate, activități recreative adaptate vârstei); – activități de socializare în grup restrâns, pentru menținerea echilibrului emoțional; – organizarea de vizite pregătitoare (după caz) în viitorul serviciu identificat, însoțite de personal de specialitate; – întâlniri cu reprezentanții serviciilor de destinație, pentru familiarizarea beneficiarilor cu personalul și mediul; – implicarea reprezentanților legali în procesul de pregătire a tranziției. Pentru persoanele încadrate în gradul grav de handicap sau cu capacitate redusă de înțelegere, pregătirea este realizată gradual, cu accent pe menținerea sentimentului de siguranță și continuitate a relațiilor de sprijin. În paralel, echipa multidisciplinară monitorizează permanent starea de sănătate, adaptarea emoțională și nivelul de confort al beneficiarilor, în vederea ajustării etapelor de tranziție.

2.4. Necesarul de sprijin pentru o viață independentă

Fișa privind necesarul de sprijin pentru o viață independentă este completată pentru fiecare persoană din centrul rezidențial de către managerii de caz, împreună cu persoana cu dizabilități și facilitator. Fișa este, de asemenea, completată cu informații primite din partea persoanelor apropiate persoanei cu dizabilități (membri ai cercului de sprijin, alte persoane apropiate) și specialiștilor (asistent social, psiholog, asistent medical etc.). Informațiile cheie din fișele completate sunt agregate; datele agregate vor reprezenta punctul de pornire în planificarea dezvoltării de noi servicii sociale în comunitate, precum și în determinarea nevoii de locuințe pentru persoanele cu dizabilități. Nevoia de locuințe identificată pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial este completată de Coordonatorul de plan în colaborare cu managerii de caz. În funcție de organizarea fiecărui județ, informația este transmisă Compartimentului de locuire incluzivă, care sprijină managerii de caz cu identificarea locuințelor urmând principiile locuirii incluzive descrise în Ghidul DI.

Sprijin permanent în desfășurarea activităților

| | Nr. de persoane cu această nevoie |
|---|-----------------------------------|
| Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților | 14 |
| Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților | 35 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2. Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților - nevoie de sprijin zilnic pentru mai mult de jumătate din activități, din total activități pentru care o persoană are nevoie de sprijin. Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților - nevoie de sprijin zilnic doar pentru jumătate sau mai puțin dintre activitățile pentru care o persoană are nevoie de sprijin.

Sprijin pentru utilizarea sau achiziționarea de dispozitive asistive

| Dispozitive/tehnologie asistivă | Nr. persoane care au nevoie să utilizeze, dar nu utilizează, din care: | Nr. persoane care nu utilizează pentru nu-și permit achiziția | Nr. persoane care nu utilizează pentru nu știu să-l/să o utilizeze |
|--|---|--|---|
| Ochelari sau lentile ajutătoare | 0 | 0 | 0 |
| Orteze | 0 | 0 | 0 |
| Proteze | 0 | 0 | 0 |
| Alte dispozitive pentru înlocuirea, suplinirea sau stimularea unor organe, funcții, părți ale organismului | 0 | 0 | 0 |
| Scaun rulant manual | 0 | 0 | 0 |
| Scaun rulant motorizat/electric | 0 | 0 | 0 |
| Alte dispozitive asistive de deplasare pe roți decât scaune rulante | 0 | 0 | 0 |
| Cârje, cadre de mers | 0 | 0 | 0 |
| Alte dispozitive pentru persoane cu mobilitate scăzută (lifturi, dispozitive de transfer, pentru mobilitate verticală) | 0 | 0 | 0 |
| Baston | 0 | 0 | 0 |
| Aparat auditiv | 0 | 0 | 0 |
| Dispozitive de navigație, ghidare, identificare sau recunoaștere a mediului înconjurător | 0 | 0 | 0 |
| Produse asistive pentru desenare și scriere | 0 | 0 | 0 |
| Produse asistive pentru citire | 0 | 0 | 0 |
| Produse asistive pentru utilizarea calculatorului | 0 | 0 | 0 |
| Alte dispozitive, și anume: - | 0 | 0 | 0 |

Servicii necesare

| | Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, <i>din care</i> | Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate |
|---|---|---|
| Psihologic și social | | |
| Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială | 48 | 0 |
| Consiliere psihologică și sprijin emoțional | 48 | 0 |
| Terapii specifice, altele decât cele de consiliere psihologică și sprijin emoțional | 48 | 48 |
| Asistență și suport pentru luarea unei decizii | 48 | 1 |
| Facilitarea independenței persoanei cu dizabilități | 48 | 48 |
| Suport individual/grup de suport | 48 | 46 |
| Dezvoltarea deprinderilor de viață independentă (învățarea și aplicarea cunoștințelor; sarcinile și solicitările generale; comunicarea; mobilitatea; autoîngrijirea; autogospodărirea; interacțiunile și relațiile interpersonale; educația; munca; viața economică; viața civică și socială) | 48 | 46 |
| Integrare și participare socială și civică | 48 | 43 |
| Abilitare și reabilitare | | |
| Recuperare neuro-motorie/Menținerea și dezvoltarea mobilității personale (kinetoterapie, fizioterapie, hidro/balneo/termoterapie, stimulare psiho-senzorio-motorie, masaj, logopedie etc.) | 47 | 44 |
| Îngrijire și asistență | | |

| | Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care | Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate |
|---|---|--|
| Îngrijire personală (igienă zilnic, transfer și mobilizare, menaj ușor, tratarea escarelor, administrarea medicației, sprijin pentru efectuarea analizelor etc.) | 48 | 46 |
| Hrănire și hidratare (efectuarea de cumpărături, pregătirea alimentelor și meselor, sprijin pentru hrănire și hidratare inclusiv cu ajutorul tehnologiilor asistive etc.) | 48 | 46 |
| Educație | | |
| Programe de educație formală, inclusiv programul "A doua șansă" | 0 | 0 |
| Programe de educație non-formală | 0 | 0 |
| Programe de alfabetizare | 0 | 0 |
| Ocupare | | |
| Informare și consiliere profesională | 0 | 0 |
| Consiliere vocațională | 0 | 0 |
| Formare profesională/obținerea unui certificat sau atestat de calificare profesională | 0 | 0 |
| Medierea muncii (în vederea obținerii unui loc de muncă) | 0 | 0 |
| Consiliere pre- și post-angajare | 0 | 0 |
| Programe de pregătire pentru muncă | 0 | 0 |
| Angajare asistată (sprijin pentru a merge la locul de muncă și/sau pe parcursul desfășurării activității lucrativ) | 0 | 0 |

Sănătate

| | Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, <i>din care</i> | Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate |
|--|---|---|
| Monitorizarea stării de sănătate | 48 | 0 |
| Servicii de medicină primară | 48 | 0 |
| Servicii medicale specializate | 48 | 0 |
| Alte servicii , și anume: camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici | 3 | 0 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2.

Localizarea locuințelor în care vor locui persoane cu dizabilități din centru, după mutarea în comunitate

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2. Tabelul agregă date pentru persoanele cu dizabilități care au locuință în comunitate identificată și se folosește în planificarea localizării serviciilor sociale. Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților - nevoie de sprijin zilnic pentru mai mult de jumătate din activități, din total activități pentru care o persoană are nevoie de sprijin. Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților - nevoie de sprijin zilnic doar pentru jumătate sau mai puțin dintre activitățile pentru care o persoană are nevoie de sprijin.

Localizarea locuințelor care trebuie identificate pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centru

Județ **TIMIȘ** Localitate **LUGOJ**

| | |
|--|----|
| Nr. persoane pentru care trebuie identificată o locuință | 50 |
|--|----|

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2. Tabelul agregă date pentru persoanele cu dizabilități care nu au (încă) locuință identificată în comunitate. Localitățile sunt cele menționate de persoanele cu dizabilități ca fiind locul în care își doresc să locuiască.

Nevoia de locuințe identificată pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial

Servicii sociale pentru care managerii/managerul de caz propun(e) modificarea măsurii de protecție:

| | Nr. de persoane, din care | Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate |
|---|----------------------------------|--|
| Servicii sociale la domiciliu: Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități | 0 | 0 |
| Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități | 0 | 0 |
| Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități | 0 | 0 |
| Asistent personal al persoanei cu handicap grav | 0 | 0 |
| Asistent personal profesionist | 0 | 0 |
| Centru de zi | 0 | 0 |
| Centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu | 0 | 0 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2.

Aplicații pentru beneficiul de locuire și beneficiul de tranziție

| | Nr. de aplicanți | Suma estimată pentru beneficiu |
|--|-------------------------|---------------------------------------|
| Beneficiul pentru locuire | 0 | 0 |
| Beneficiul pentru locuire - componenta chirie | 0 | 0 |
| Beneficiul pentru locuire - componenta cheltuieli de întreținere | 0 | 0 |
| Beneficiul de tranziție | 0 | 0 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2.

2.5. Nevoile de sprijin ale familiei sau altor persoane apropiate

[Managerii de caz realizează interviuri cu persoanele care mențin legătura regulat (prin vizite, discuții telefonice, online) cu persoane cu dizabilități rezidente în centru. Aceste persoane pot fi membri ai familiilor, prieteni sau cunoștințe ale persoanelor cu dizabilități. Prin aceste interviuri se determină: (1) măsura în care persoanele din comunitate (cu care persoanele cu dizabilități păstrează regulat legătura) doresc și au posibilitatea să sprijine viața independentă a persoanelor cu dizabilități care urmează să se mute în comunitate, (2) tipul de sprijin pe care îl pot oferi, precum și (3) tipul de sprijin de care ele însele ar avea nevoie, pentru a putea reprezenta o resursă pentru persoanele cu dizabilități după mutarea în comunitate. Pentru realizarea interviurilor, managerii de caz vor utiliza Ghidul de interviu cu persoane resursă.

După realizarea interviurilor, managerii de caz completează Secțiunea D din cadrul fișei Necesarul de sprijin pentru o viață independentă (Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2). Dacă este necesar, alte secțiuni ale fișei vor fi actualizate în conformitate cu informațiile obținute în urma realizării interviurilor (de exemplu, secțiunea privind locuirea). În cazurile în care nu au fost identificate persoane resursă sau nu au fost realizate interviuri (cu toate că există persoane identificate), în secțiune se completează (după caz) prima sau primele două variabile.

| Deschiderea de a oferi sprijin persoanei cu dizabilități | Nr. persoane |
|---|---------------------|
| Persoane cu dizabilități din CR care păstrează legătura regulat cu membri ai familiei, prieteni sau cunoștințe din comunitate | 31 |
| Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost realizate interviuri cu membri ai familiei, prieteni sau cunoștințe din comunitate | 31 |
| Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost identificate persoane resursă care doresc să le sprijine (în orice fel) după mutarea în comunitate, <i>din care</i> | 0 |
| Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost identificate persoane resursă care doresc să le ofere posibilitatea de a locui împreună | 0 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2.

| Servicii necesare familiei și/sau altor persoane din comunitate pentru a sprijini persoanele cu dizabilități | Nr. persoane resursă care au nevoie de serviciu, <i>din care</i> | Nr. persoane resursă pentru care serviciul nu există în proximitate |
|---|---|--|
| Consiliere și informare despre beneficii și servicii destinate persoanelor cu dizabilități | 0 | 0 |
| Informare și consiliere cu privire la drepturile și facilitățile sociale existente, precum și clarificări privind demersurile de obținere | 0 | 0 |

| Servicii necesare familiei și/sau altor persoane din comunitate pentru a sprijini persoanele cu dizabilități | Nr. persoane resursă care au nevoie de serviciu, din care | Nr. persoane resursă pentru care serviciul nu există în proximitate |
|--|--|--|
| Informare și sprijin pentru facilitarea independenței persoanei cu dizabilități, inclusiv adaptarea locuinței | 0 | 0 |
| Consiliere și informare privind aspecte precum: comunicarea cu și atitudinile față de persoanele cu dizabilități, gestionarea emoțiilor și a comportamentelor dificile, respectarea drepturilor și alegerilor persoanei, menținerea relației cu persoana adultă cu dizabilități și sprijinirea persoanei cu dizabilități în luarea deciziei | 0 | 0 |
| Consiliere psihologică | 0 | 0 |
| Psihoterapie | 0 | 0 |
| Informare pentru identificarea posibilităților de reconversie/formare profesională cu sprijinul AJOFM | 0 | 0 |
| Altele servicii, și anume: Camin Varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin de varstnice; camin varstnici; camin varstnici; centru pentru persoane varstnice ; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici; camin varstnici | 29 | 1 |

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2.

2.6. Planificarea serviciilor pentru persoanele care realizează tranziția spre viața independentă în comunitate și monitorizarea acestora

Ca ultim pas în pregătirea Planurilor Individuale, sunt completate planurile de servicii și planurile de monitorizare a implementării acestora.

Planurile de servicii sunt elaborate pe baza tuturor celorlalte instrumente din Anexa B1. Planul Individual și în principal pe baza preferințelor exprimate de persoanele cu dizabilități în instrumentul privind planificarea centrată pe persoană (Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 1). Planurile de servicii sunt completate de către managerii de caz, în colaborare cu echipa implicată în elaborarea Planurilor Individuale și împreună cu persoanele cu dizabilități.

Planurile de monitorizare urmăresc măsura în care serviciile oferite persoanelor cu dizabilități, stabilite în planurile de servicii, reușesc să sprijine și să stimuleze viața independentă și participarea la viața comunității a acestora. Planurile de monitorizare sunt completate și actualizate de către managerii de caz, împreună cu persoanele cu dizabilități.

Adițional este monitorizată calitatea Planului individual din punct de vedere al centrării pe persoană. Aceasta va fi realizată, în principal, de echipa de formatori în planificarea centrată pe persoană ai persoanelor implicate în elaborarea Planului individual, sau de supervizori. Este realizată prin utilizarea instrumentului din Anexa B6, pe un eșantion de persoane cu dizabilități. Poate fi realizată și de monitori independenți. Instrumentul poate fi folosit și de facilitatori pentru autoverificare, sau de monitori independenți. Vezi mai multe informații în Secțiunea 5.2 a Ghidului DI.

Confirmăm că toate Planurile Individuale ale rezidenților pentru care este elaborată versiunea curentă a Planului DI conțin/vor conține și un Plan de servicii - Parcurs de viață independentă realizat urmând metodele și practicile PCP, precum și recomandările din Ghidul DI.

Confirmăm că toate Planurile Individuale ale rezidenților pentru care este elaborată versiunea curentă a Planului DI conțin/vor conține și un Plan personalizat pentru monitorizarea implementării planului individual realizat urmând metodele și practicile PCP, precum și recomandările din Ghidul DI.

Confirmăm sprijinirea activității de monitorizare a calității Planurilor individuale din punct de vedere al centrării pe persoană, urmând recomandările din Ghidul DI.

3. Planificarea serviciilor în comunitate

3.1. Activități de conștientizare a comunității

Specialistul în comunicare planifică și implementează activitățile de comunicare sub supravegherea Coordonatorului de plan și în colaborare cu membrii echipei extinse, părțile interesate de la nivelul comunității și alți parteneri relevanți. Activitățile pot fi coordonate la nivel județean, regional sau național. Detaliile vor fi completate în Planul de comunicare. Modelul acestui plan va fi furnizat de ANDPDP. Vezi secțiunile 2.2. și 4.2.4 din Ghidul DI.

Raportul agregat privind evenimentele/activitățile organizate este atașat acestui plan (raport generat automat pe baza completării minutelor pentru fiecare eveniment/activitate).

3.2. Rețeaua de servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități în comunitate

3.2.1. Dezvoltarea serviciilor sociale

Analiza posibilității de dezvoltare a serviciilor sociale pentru persoane adulte cu dizabilități este realizată pornind de la informațiile agregate privind nevoile de sprijin ale persoanelor cu dizabilități, în special tipul de servicii necesare, localizarea persoanelor cu dizabilități, intensitatea sprijinului necesar, personalul necesar. Este întocmită de Coordonatorul de plan pe baza datelor furnizate de managerii de caz, împreună cu DGASPC. Fișa sintetică va fi prezentată DGASPC și Comitetului județean pentru o analiză coordonată a nevoii de servicii la nivelul județului (în cazul existenței mai multor centre în curs de dezinstituționalizare). În funcție de organizarea preferată la nivel local, Coordonatorul de plan sprijină DGASPC în munca de dezvoltare a serviciilor sociale: contactarea serviciilor existente, negocierea creșterii capacității, colaborarea cu autoritățile publice locale pentru deciziile Consiliilor Județene/Locale pentru crearea de noi servicii. Vezi capitolul 4.2.2 din Ghidul DI.

Pentru a dezvolta servicii în comunitate (asistență personală, echipe mobile, servicii de asistență și suport, îngrijire de tip respiro, îngrijire la domiciliu, servicii de zi), aplicanți din fiecare județ vor putea aplica pentru finanțare UE. Sustenabilitatea serviciilor va putea fi asigurată prin stabilirea de noi costuri standard pentru serviciile sociale pentru persoane adulte cu dizabilități. Aceste servicii trebuie să deservească și persoanele cu dizabilități din comunitate.

Unele activități de care persoanele cu dizabilități au nevoie pot fi asigurate de alte tipuri de servicii existente în comunitate. Va fi asigurată de către managerii de caz identificarea acestor servicii și coordonarea cu serviciile din alte sfere (ex. alte servicii sociale, servicii de ocupare sau sănătate).

Fișa sintetică a necesarului de servicii în comunitate pentru rezidenții centrului rezidențial

| Servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități | Există serviciul în județ? | Capacitatea serviciilor existente acoperă nevoia la nivel de județ? (clienți din comunitate existenți și persoane care vor fi integrate în comunitate) | Capacitatea serviciilor existente va fi extinsă? (astfel încât să acopere nevoia la nivel de județ) | Vor fi înființate servicii noi? | Localizarea serviciilor care vor fi extinse și/sau a celor nou înființate |
|--|-----------------------------------|---|--|--|--|
| 1. Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Da | Lugoj |
| 2. Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Nu | - |
| 3. Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Nu | - |

| | | | | | |
|---|----|----|----------------------------------|----|--------------------------|
| 4. Asistent personal al persoanei cu handicap grav | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Da | - |
| 5. Asistent personal profesionist | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Da | de pe raza județul Timiș |
| 6. Centru de zi | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Da | Lugoj |
| 7. Centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu | Da | Nu | Da, dar nevoie acoperită parțial | Nu | - |

3.2.2. Transferul personalului centrului rezidențial către serviciile din comunitate

Specialistul în resurse umane împreună cu Coordonatorul de plan și personalul implicat planifică și furnizează informații despre tipul de serviciu în comunitate în care va lucra fiecare angajat și data transferului. Datele vor fi completate în Anexa B3.

Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate (Anexa B3) este atașat acestui plan.

4. Riscuri potențiale

Pe lângă serviciile și activitățile care trebuie înființate sau dezvoltate și activitățile cu privire la personal, trebuie acoperite și măsurile de prevenire, de diminuare sau eliminare a potențialelor riscuri. Riscurile care pot cauza întârzieri în implementarea Planului DI și/sau neîndeplinirea obiectivelor stabilite sunt prezentate de către Coordonatorul de plan, folosind Anexa B4. Fișa pentru evaluarea riscurilor. Se vor identifica măsurile de prevenire, diminuare sau eliminare a riscurilor potențiale pentru a fi ulterior incluse în Planul DI (în Diagrama Gantt, în bugetul total al planului, etc.). Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI.

Fișa pentru evaluarea riscurilor (Anexa B4) este atașată acestui plan.

5. Monitorizarea progresului implementării Planului DI

Specialistul însărcinat cu monitorizarea și evaluarea completează Anexa B5 în colaborare cu întreaga echipă. Vezi secțiunea 5.1. din Ghidul DI.

Confirmăm monitorizarea implementării Planului DI, realizată urmând recomandările din Ghidul DI.

6. Diagrama Gantt

Coordonatorul de plan completează și monitorizează o diagramă Gantt pentru activitățile prevăzute.

Confirmăm atașarea copiei fizice a diagramei Gantt.

7. Buget

Specialistul financiar împreună cu Coordonatorul de plan bugetează planul și identifică sursele de finanțare.

Confirmăm atașarea copiei fizice a bugetului corespunzător Planului DI.

8. Comunicarea rezultatelor

Comunicarea regulată a rezultatelor (inclusiv în cadrul etapelor intermediare) va fi realizată de către Specialistul în comunicare.

Prezentarea modul în care va fi realizată comunicarea rezultatelor

Comunicarea rezultatelor implementării Planului DI se realizează periodic, pe parcursul tuturor etapelor prevăzute în diagrama Gantt, atât la nivel intern, cât și extern. La nivel intern, progresul este analizat lunar în cadrul echipei de coordonare a Planului DI, fiind prezentate stadiul activităților, eventualele dificultăți și măsurile adoptate pentru respectarea termenelor asumate. La nivel extern, informarea se realizează prin raportări către DGASPC și factorii decizionali implicați, precum și prin informarea beneficiarilor și a persoanelor resursă cu privire la etapele procesului de tranziție către serviciile adecvate nevoilor individuale. În perioada premergătoare tranziției efective, comunicarea cu beneficiarii se realizează gradual și adaptat nivelului de înțelegere, având în vedere profilul predominant al persoanelor vârstnice cu autonomie redusă și nevoi complexe de îngrijire.

**APROBAREA
PLANULUI
DI: INIȚIERE
ȘI
PREGĂTIRE**

Nume și prenume:

Funcție:

Data:

Semnătură:

Lista documentelor atașate:

- Planul pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI
- Planul de punere în aplicare a unui program de supervizare privind PCP
- Raport agregat privind evenimentele/activitățile organizate
- Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate
- Fișa pentru evaluarea riscurilor
- Diagrama Gantt
- Bugetul corespunzător Planului DI