

**Plan de dezinstituționalizare PARTEA  
2: Implementare și actualizare**



**Acest plan este bazat pe:**

Planurile Individuale pentru minim 20 de rezidenți (recomandat pentru serviciile rezidențiale cu peste 40 de persoane). Planul se va actualiza constant, dar cel puțin la fiecare 3 luni sau când se finalizează Planurile Individuale pentru încă minim 20 de rezidenți, până la dezinstituționalizarea tuturor rezidenților.

Câte grupuri de rezidenți au fost planificate pentru realizarea Planului DI?

## 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. Identificarea nevoilor de sprijin ale persoanelor adulte cu dizabilități care locuiesc în centrele rezidențiale, pe baza Planului individuale ale rezidenților.; 2. Acordarea de servicii sociale adaptate, bazate pe aspirațiile, valorile persoanelor

1

adulte cu dizabilități și nevoile sale.; 3. Formarea personalului pentru a oferi sprijin în noile servicii sociale dezvoltate, asigurând astfel continuitatea și calitatea suportului oferit.

### 1.2. Țintele Planului DI: Implementare și actualizare

*Obiectivul general vizează impactul final al Planului DI și trebuie să fie în concordanță cu Strategia dezinstituționalizării și principiile CDPD. Un exemplu de obiectiv general aplicabil tuturor Planurilor DI este: "Asigurarea că persoanele cu dizabilități din centrul rezidențial primesc tot sprijinul necesar pentru a face tranziția către a trăi independent în comunitate". Acesta poate fi, însă, adaptat de fiecare DGASPC și Consiliu Județean.*



<b>Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii de tip respiro</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii în centre de zi</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate transferate în comunitate la asistent personal profesionist</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate, cu asistent personal</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc alte tipuri de servicii</b>	0	0	0	20	0	0	0	0
<b>Ținte principale</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>
<b>Alt serviciu, și anume</b>	serviciu de locuire asistată în comunitate pentru viața independentă de tip Centru pentru viața independentă pentru persoane adulte cu dizabilități							
<b>Nr. de angajați transferați în servicii în comunitate, din care:</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

- transferați în servicii în comunitate ale DGASPC	0	0	0	39	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. Minutele 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 20

---

### 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 20

---

*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**

Persoanele adulte cu dizabilități rezidență ai centrului sunt sprijiniți constant în luarea de decizii, li se acordă sprijin într-un mod individualizat, pentru o tranziție ușoară și pentru a se putea conecta la comunitate și resursele acesteia, prevenind astfel eventualele riscuri. Informațiile prezentate rezidenților sunt exprimate într-un mod clar, relevant, concret și formulate simplu. În acest sens rezidenții au primit informații privind opțiunile lor de locuire, educație, formare sau angajare, suport de finanțare individualizat, precum și toate celelalte măsuri necesare pentru a asigura un standard de viață adecvat. Rezidenții centrului au fost angrenați într-o gamă largă de experiențe pentru a căpăta încredere și a le diminua sau elimina temerile cu privire la viața independentă. Au vizitat diferitele instituții publice din cadrul comunității (primărie, judecătorie, poliție, AJOFM Lugoj, serviciul fiscal municipal, muzeu, galerie de artă, biserici, etc) astfel prin diferitele deplasări și vizite în afara centrului rezidenții au parte de învățare experiențială. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție include pregătirea psihologică cu scop în reducerea anxietății, creșterea motivației, creșterea familiarității cu noua comunitate, servicii și cartier. Astfel toți rezidenții beneficiază de consiliere psihologică/intervenție psihologică cu valoare terapeutică conform planificării lunare Creșterea autoreprezentării și autodeterminării a persoanelor cu dizabilități se realizează prin expunerea acestora la diferite oportunități de dezvoltare personală, inclusiv la activități de creștere a autoreprezentării și autodeterminării, pentru ca aceasta să învețe să vorbească pentru sine, să ia decizii și să fie în controlul propriei vieți. Aceste activități constă în: participarea rezidentului ce este desemnat ca autoreprezentant al persoanelor adulte cu dizabilități din centru la întâlnirile Comitetului pentru accelerarea procesului de dezinstituționalizare și prevenirea instituționalizării, discuții cu foști beneficiari ai serviciilor sociale ca și modele de success, diversele ședințe de informare și de organizare a centrului, consultarea acestora în diferite activități și decizii ale centrului cum ar fii cele legate de meniu, de organizarea activităților zilnice, etc. Consolidarea deprinderilor de bază dezirabile pentru o viață independentă se realizează prin desfășurarea de activități de dezvoltare/menținere a deprinderilor de viață independentă organizate de către personalul specializat al centrului într-un spațiu flexibil pentru a le exersa, conform planificării lunare. Scopul este de a sprijini persoanele cu dizabilități să deprindă sau consolideze aceste abilități care le vor permite să ducă o viață sigură, sănătoasă și responsabilă ca membri ai comunității. Printre aceste activități enumerăm activități de menținerea/dezvoltarea aptitudinilor cognitive, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor zilnice, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de comunicare, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de

mobilitate, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de autoîngrijire, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de îngrijire a propriei sănătăți, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de autogospodărire, menținerea/dezvoltarea aptitudinilor deprinderilor de interacțiune, dar și de deprinderi cu privire la nutriție, deprinderi cu privire la gestiunea locuinței, deprinderi cu privire la îngrijirea personală, deprinderi cu privire la managementul banilor Acomodarea cu spațiul în care va locui persoana cu dizabilități Dacă persoana va trăi alături de familie, pregătirea include discuții cu membrii familiei, identificarea spațiului/camerei în care persoana va locui și evaluarea acestuia din punct de vedere al securității persoanei. Astfel s-au realizat interviuri cu aparținătorii rezidenților centrului și s-a încercat învoirea rezidentului în familia acestuia pentru a se gospodări împreună cu ceilalți membri ai familiei, a se cunoaște mai bine și familia să poată integra rutina de zi cu zi a persoanei în rutina familiei ca întreg, însă această etapă a rămas la nivel de discuție, urmând a se materializa în perioada imediat următoare. Dacă persoana urmează să se mute într-un alt spațiu de locuit, ac de exemplu într-un serviciu de locuire asistată în comunitate pentru viață independentă, vor fi evaluate starea locuinței, precum și nevoia de sprijin în raport cu ceea ce oferă spațiul de locuit (mobilier, aparatură, poziționare etc.). totodată se va ține cont de dorința acestuia cu privire la preferințele de locuire cum ar fii locuire singură sau împreună cu partenera/ul sau cu alți rezidenți. Facilitarea accesului persoanei cu dizabilități la resursele existente la nivelul comunității Rezidenții primesc constant informații cu privire la serviciile existente în comunitate sau în apropiere de aceasta, disponibile pentru toți membrii comunității (de exemplu, servicii de transport în interiorul localității sau între localități, servicii de sănătate, de educație, cultură, ocupare). Totodată le-a fost facilitat, ca parte a pregătirii, accesul persoanelor cu dizabilități la o parte din aceste activități printre acestea amintim – crearea de legitimații de transport în comun, de bilete de transport-tren gratuite, au beneficiat de diverse servicii medicale (consulturi de specialitate, investigații de specialitate, servicii de stomatologie) sau conexe, cum ar fii ședințe de psihoterapie. Menționăm că rezidenții sunt încurajați constant în a ieși în comunitate și pe cont propriu în exersarea abilităților și dezvoltarea nivelului de autoreprezentare și luare a deciziilor pe cont propriu.

## 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	10
Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților	10

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	3	0	1
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
<b>Dispozitive/tehnologie asistivă</b>	<b>Nr. persoane care au nevoie să utilizeze, dar nu utilizează, din care:</b>	<b>Nr. persoane care nu utilizează pentru nu-și permit achiziția</b>	<b>Nr. persoane care nu utilizează pentru nu știu să-l/să o utilizeze</b>
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

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

## Servicii necesare

<b>Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care</b>	<b>Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate</b>
---	--

## Psihologic și social

Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	20	0
Consiliere psihologică și sprijin emoțional	20	0
Terapii specifice, altele decât cele de consiliere psihologică și sprijin emoțional	20	0
Asistență și suport pentru luarea unei decizii	19	0
	<b>Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care</b>	<b>Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate</b>
Facilitarea independenței persoanei cu dizabilități	20	0
Suport individual/grup de suport	20	0
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)	20	0
Integrare și participare socială și civică	20	0
<b>Abilitare și reabilitare</b>		
Recuperare neuro-motorie/Menținerea și dezvoltarea mobilității personale (kinetoterapie, fizioterapie, hidro/balneo/termoterapie, stimulare psiho-senzoriomotorie, masaj, logopedie etc.)	20	0
<b>Îngrijire și asistență</b>		
Îngrijire personală (igienă zilnic, transfer și mobilizare, menaj ușor, tratarea escarelor, administrarea medicației, sprijin pentru efectuarea analizelor etc.)	20	0
Hrănire și hidratare (efectuarea de cumpărături, pregătirea alimentelor și meselor, sprijin pentru hrănire și hidratare inclusiv cu ajutorul tehnologiilor asistive etc.)	20	0

**Educație**

Programe de educație formală, inclusiv programul "A doua șansă"	6	6
Programe de educație non-formală	6	6
Programe de alfabetizare	6	6
	<b>Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care</b>	<b>Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate</b>

**Ocupare**

Informare și consiliere profesională	15	0
Consiliere vocațională	15	0
Formare profesională/obținerea unui certificat sau atestat de calificare profesională	15	0
Medierea muncii (în vederea obținerii unui loc de muncă)	15	0
Consiliere pre- și post-angajare	15	0
Programe de pregătire pentru muncă	15	0
Angajare asistată (sprijin pentru a merge la locul de muncă și/sau pe parcursul desfășurării activității lucrativă)	14	14

**Sănătate**

Monitorizarea stării de sănătate	20	0
Servicii de medicină primară	20	0
Servicii medicale specializate	20	0
<b>Alte servicii, și anume:</b>	0	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 **null** Localitate **null**

Nr. persoane pentru care trebuie identificată o locuință

0

Județ **TIMIȘ** Localitate **LUGOJ**

Nr. persoane pentru care trebuie identificată o locuință

20

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, <i>din care</i>	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	20	20

Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități	20	20
Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități	20	20
Asistent personal al persoanei cu handicap grav	3	0
	<b>Nr. de persoane, din care</b>	<b>Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate</b>
Asistent personal profesionist	18	0
Centru de zi	20	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

	<b>Nr. de aplicanți</b>	<b>Suma estimată pentru beneficiu</b>
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	14
Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost realizate interviuri cu membri ai familiei, prieteni sau cunoștințe din comunitate	9
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>	1
Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost identificate persoane resursă care doresc să le ofere posibilitatea de a locui împreună	1

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	1	0
Informare și consiliere cu privire la drepturile și facilitățile sociale existente, precum și clarificări privind demersurile de obținere	1	0

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	1	0
Consiliere psihologică	1	1
<b>Servicii necesare familiei și/sau altor persoane din comunitate pentru a sprijini persoanele cu dizabilități</b>	<b>Nr. persoane resursă nevoie serviciu, care</b>	<b>Nr. persoane resursă pentru serviciul care există în proximitate</b>
Psihoterapie	0	0
Informare pentru identificarea posibilităților de reconversie/formare profesională cu sprijinul AJOFM	0	0
Altele servicii, și anume:	0	0

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 ANPDPD. 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 minuterelor 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), aplicanții 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

<b>Servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități</b>	<b>Există serviciul în județ?</b>	<b>Capacitatea serviciilor existente acoperă nevoia la nivel de județ? (clienți din comunitate existenți și persoane care vor fi integrate în comunitate)</b>	<b>Capacitatea serviciilor existente va fi extinsă? (astfel încât să acopere nevoia la nivel de județ)</b>	<b>Vor fi înființate servicii noi?</b>	<b>Localizarea serviciilor care vor fi extinse și/sau a celor nou înființate</b>
1. Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități	Da	Nu	Nu	Da	Lugoj, Timișoara
2. Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități	Da	Nu	Nu	Da	Lugoj
3. Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități	Nu	-	-	Da	Lugoj
4. Asistent personal al persoanei cu handicap grav	Da	Da	-	-	-
5. Asistent personal profesionist	Da	Nu	Da	-	extinderea rețelei de APP la nivel de județ
6. Centru de zi	Da	Da	-	-	-
7. Centru de recuperare neuromotorie	-	-	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

Centrul rezidențial va comunica periodic progresul planului către DGASPC Timiș, care ulterior va comunica în cadrul întâlnirilor din cadrul Comitetului județean pentru accelerarea procesului de dezinstituționalizare și prevenirea reinstituționalizării Rezultatele Planului de dezinstituționalizare vor fii prezentate Consiliului Județean Timiș totodată Rapoartele de progres colectate la nivel județean vor fii comunicate și către Autoritatea Națională pentru Protecția Persoanelor cu Dizabilități

<b>APROBAREA PLANULUI DI: INIȚIERE ȘI PREGĂTIRE</b>	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