(pieczęć Realizatora projektu)
…….. (data zawarcia kontraktu trójstronnego)

KONTRAKT TRÓJSTRONNY
określający sposób współdziałania pomiędzy:

1) Osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (lub jej opiekunem prawnym)
2) Psychologiem realizującym usługi psychologiczne
3) Realizatorem projektu

w projekcie pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny", współfinansowanym ze środków EFS Plus i budżetu państwa w ramach Działania 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f), Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

CZĘŚĆ I A
USTALENIA KONTRAKTU TRÓJSTRONNEGO

I. Strony Kontraktu Trójstronnego

1. Osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

Nazwisko	Imię
Adres zamieszkania /pobytu	Numer telefonu

reprezentowana przez opiekuna prawnego[1]:

……

na podstawie załączonego pełnomocnictwa z dn. ……

[1] wypełnić wyłącznie w przypadku ustalenia pełnomocnictwa

2. Psycholog realizujący usługi psychologiczne

Nazwisko	Imię	Nr telefonu

realizujący usługi psychologiczne w ramach umowy o świadczenie usług psychologicznych nr ……..... z dn. ……..

3. **Realizator projektu**:
   Zdrowie w Dolinie Zielawy Sp.z o.o.
   ul. Rynek 35
   21-580 Wisznice
   e-mail: zdrowiewdoliniezielawy@wisznice.pl
   tel. 83 306 70 89

II. Zakres usług psychologicznych świadczonych przez psychologa na rzecz osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

a) psychologiczna ocena stanu pacjenta;
b) pomoc w adaptacji do przeżywanej choroby celem wypracowania, podtrzymania motywacji do aktywnego życia;
c) towarzyszenie choremu i jego rodzinie w procesie przystosowania się do kolejnych etapów choroby;
d) pomoc w zrozumieniu pojawiających się w tym czasie emocji i zachowań;
e) pomocą we wzajemnej komunikacji między pacjentem a jego bliskimi, tak aby lepiej rozumieli swoje potrzeby i pomimo trudnego czasu byli bliżej siebie;
f) psychoedukacja ukierunkowana na lepsze zrozumienie przez pacjenta własnego stanu zdrowia, przeżywanej choroby, psychoprofilaktykę - udzielanie porad psychologicznych; treningi umiejętności; ćwiczenia relaksacyjne, trening umiejętności radzenia sobie ze stresem;
g) pomoc w zaakceptowaniu sytuacji związanej z utratą kontroli nad własnym zdrowiem i życiem, zmieniającą się sprawnością, dyskomfortem związanym z byciem zależnym od osób trzecich, poczuciem izolacji społecznej a także skutkami psychologicznymi długotrwałego leczenia czy lękiem przed śmiercią;
h) realizacja działań w zakresie wsparcia psychologicznego opiekunów prawnych lub faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
i) współpraca z Koordynatorem opieki nad pacjentem oraz pozostałym personelem projektu,
j) prowadzenie wymaganej w projekcie dokumentacji.

III. Okres obowiązywania Kontraktu Trójstronnego oraz wymiar godzinowy usług opiekuńczych:

Kontrakt Trójstronny obowiązuje:
od ……
do ……

Wymiar godzinowy usług opiekuńczych to średnio …… godziny tygodniowo, średnio ……. godzin w miesiącu.

IV. Kontrakt został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

……
(data i podpis osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
/pełnomocnika osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[2]

……..
(data i podpis osoby świadczącej usługi opiekuńcze)

……
(data i podpis pracownika socjalnego z ramienia Realizatora projektu)

[2] niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ II A

OCENA REALIZACJI USŁUG USTALONYCH W KONTRAKCIE TRÓJSTRONNYM

I. Ocena dokonana przez strony oraz wnioski z realizacji usług ustalonych w Kontrakcie

Trójstronny zawarty w dniu .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. Kontrakt Trójstronny jest realizowany zgodnie z ustaleniami – nie wymaga dokonywania zmian.

2. Kontrakt Trójstronny wymaga wprowadzenia zmian i podjęcia przez strony następujących działań

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

II. Ocena realizacji zmian wprowadzonych do Kontraktu Trójstronnego nastąpi w dniu .....

III. Strony kontraktu mogą, przed dniem oceny realizacji zmian wprowadzonych do kontraktu, uzgodnić konieczność wprowadzenia dodatkowych zmian.

IV. Sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
(data i podpis osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
/pełnomocnika osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[3]

.....
(data i podpis osoby świadczącej usługi opiekuńcze)

.....

[3] niepotrzebne skreślić

(data i podpis pracownika socjalnego z ramienia Realizatora projektu)

Załączniki:

1. Harmonogram realizacji wsparcia (harmonogram czynności opiekuńczych);
2. Protokół potwierdzający wykonanie zadań i miesięczna ewidencja godzin;
3. Dziennik czynności opiekuńczych.