**Załącznik nr 1 do Umowy trójstronnej dot. usług psychologicznych w ramach projektu dofinansowanego z Funduszy Europejskich pn. „Gmina Choceń wspiera niesamodzielnych”   
z dnia…………………………………………**

1. Zalecany zakres wsparcia dla Uczestnika Projektu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi psychologiczne świadczone w miejscu zamieszkania mające  oraz dostosowanie do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych:** | **Zaznaczyć**  **X** |
| 1. rozpoznanie problemów podopiecznych i ustalenie dalszego postępowania, tzw. wstępna konsultacja: rozmowa pozwalająca na przedstawienie problemu, która może pomóc osobie myśleć o tym, co dzieje się w jej życiu oraz zaproponować najbardziej odpowiednią formę pomocy |  |
| 1. prowadzenie konsultacji psychologicznych - jednorazowe spotkanie mające na celu określenie charakteru zgłaszanego problemu (np. na czym polega oraz jakie są jego źródła) oraz wskazanie możliwych metod jego rozwiązania |  |
| 1. prowadzenie poradnictwa psychologicznego - jedno lub kilka spotkań, w trakcie których osoba wspomagana uzyska podstawowe informacje i wskazówki dotyczące sposobów rozwiązania aktualnej sytuacji trudnej |  |
| 1. interwencja w kryzysie - aktywne i krótkotrwałe oddziaływanie mające na celu udzielenie pomocy osobie przeżywającej kryzys |  |
| 1. prowadzenie indywidualnej psychoterapii mającej na celu wspieranie podopiecznych w trudnych sytuacjach życiowych, motywowanie do wprowadzania zmian w dotychczasowym sposobie myślenia |  |
| 1. wsparcie terapeutyczne zmierzające do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych |  |
| 1. inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………….……………………………   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

1. Miejsce świadczenia usług *(adres Uczestnika Projektu)*: …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wymiar świadczenia usług psychologicznych - średnio …………. godzin tygodniowo/miesięcznie1

Preferowane dni tygodnia świadczenia usług psychologicznych2: …………….…………….…………… ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

Preferowane godzin świadczenia usług2 *(wpisać zakres godzin lub porę dnia np. 12:00-14:00, lub godz. dopołudniowe, godz. popołudniowe)*…………………………… ……………………………………….

Termin rozpoczęcia świadczenia usługi: ……………………………………………………………………………….

Termin zakończenia świadczenia usługi: dzień zakończenia realizacji projektu, tj. 31 październik 2022 roku.