

**Podręcznik wdrażania Modelu pracy   
z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa na terenach pogórniczych – opracowany na przykładzie dzielnicy Wodzisławia Śląskiego – Wilchwy**

WODZISŁAW ŚLĄSKI 2017

**Spis treści**

[1. Podstawowe informacje na temat podręcznika 5](#_Toc69041705)

[**1.1.** **Przeznaczenie podręcznika** 5](#_Toc69041706)

[**1.2.** **Wykaz skrótów i pojęć stosowanych w podręczniku** 6](#_Toc69041707)

[**1.3.** **Instrukcja dla użytkowników podręcznika** 9](#_Toc69041708)

[2. Zakres realizacji Modelu 10](#_Toc69041709)

[**2.1.** **odbiorcy wsparcia** 11](#_Toc69041710)

[**2.2.** **Użytkownicy Modelu** 13](#_Toc69041711)

[**2.3.** **Zasady stosowane w realizacji Modelu** 14](#_Toc69041712)

[**2.4.** **Korzyści dla realizatorów i odbiorców działań** 15](#_Toc69041713)

[3. Założenia Modelu 20](#_Toc69041714)

[**3.1.** **Schemat Modelu** 25](#_Toc69041715)

[**3.2.** **Etapy wdrażania Modelu – działania podejmowane w ramach Modelu** 27](#_Toc69041716)

[**3.2.1.** **Etap diagnostyczny** 27](#_Toc69041717)

[**3.2.2** **Etap organizacyjny A – zbudowanie partnerstwa na rzecz realizacji Modelu** 31](#_Toc69041718)

[**3.2.3** **Etap organizacyjny B – przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu** 47](#_Toc69041719)

[**3.2.4 Etap przygotowania do realizacji wsparcia** 61](#_Toc69041720)

[**3.2.5** **Etap realizacji wsparcia** 69](#_Toc69041721)

[4. Etapy pracy z rodziną 72](#_Toc69041722)

[**4.2** **Proces wsparcia rodzin – etapy metodycznego działania pracowników w ramach Modelu** 75](#_Toc69041723)

[**I ETAP - Nawiązanie kontaktu z rodziną/analiza sytuacji rodziny** 75](#_Toc69041724)

[**II ETAP – pogłębienie diagnozy/nawiązanie współpracy pracownika socjalnego ze specjalistą ds. sieci wsparcia** 81](#_Toc69041725)

[**III ETAP – współpraca specjalistów w formule interdyscyplinarnej** 83](#_Toc69041726)

[**IV ETAP – realizacja indywidualnego projektu socjalnego** 86](#_Toc69041727)

[**V ETAP – zakończenie indywidualnego projektu socjalnego** 87](#_Toc69041728)

[5. Specyfika pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa 87](#_Toc69041729)

[**5.1.** **Zadania i rola pracownika socjalnego (*case managera*)** 88](#_Toc69041730)

[**5.2.** **Rola rodziny w kreowaniu ścieżki wsparcia** 101](#_Toc69041731)

[**5.3.** **Indywidualny projekt socjalny jako kluczowe narzędzie w pracy z rodziną** 110](#_Toc69041732)

[**5.4.** **Dziecko w systemie wsparcia rodziny przewidzianego w ramach Modelu** 114](#_Toc69041733)

[6. Działania podejmowane w lokalnym środowisku 118](#_Toc69041734)

[**6.1.1.** **Zadania i rola lokalnej sieci wsparcia** 118](#_Toc69041735)

[**6.1.2.** **Zadania i rola specjalisty ds. lokalnej sieci wsparcia** 124](#_Toc69041736)

[**6.1.3.** **Funkcjonowanie sieci wsparcia** 126](#_Toc69041737)

[**6.2.** **Monitoring i ewaluacja działań** 130](#_Toc69041738)

[**6.2.1.** **Poziom rodzin objętych systemem wsparcia** 131](#_Toc69041739)

[**6.2.2.** **Poziom Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny** 136](#_Toc69041740)

[**6.2.3.** **Poziom realizacji Modelu na terenie gminy** 138](#_Toc69041741)

[**6.3.** **Warunki realizacji Modelu** 144](#_Toc69041742)

[7. ZAŁĄCZNIKI 153](#_Toc69041743)

[**7.1** **Wzory umów i porozumień z partnerami** 153](#_Toc69041744)

[**7.1.1** **Wzór porozumienia partnerskiego/ umowy o współpracy** 153](#_Toc69041745)

[**7.1.2** **Projekt uchwały Rady Miasta w sprawie przyjęcia zmian Strategii** 158](#_Toc69041746)

[**7.1.3** **Projekt uchwały Rady Miasta w sprawie przyjęcia narzędzia w postaci Modelu** 159](#_Toc69041747)

[**7.1.4** **Wzór zarządzenia w sprawie zmiany regulaminu pracy Ośrodka** 160](#_Toc69041748)

[**7.1.5** **Wzór porozumienia z pracownikiem socjalnym** 161](#_Toc69041749)

[**7.1.6** **Porozumienie z pracownikiem w sprawie zadaniowego czasu pracy** 162](#_Toc69041750)

[**7.1.7** **Wzór aneksu do zakresu czynności pracownika socjalnego** 164](#_Toc69041751)

[**7.1.8** **Wzór aneksu do zakresu czynności specjalisty ds. sieci wsparcia** 165](#_Toc69041752)

[**7.2** **Wykaz narzędzi wykorzystywanych w Modelu** 166](#_Toc69041753)

[**7.2.1** **Wstępna deklaracja uczestnictwa w Modelu** 166](#_Toc69041754)

[**7.2.2** **Karta oceny formalnej** 168](#_Toc69041755)

[**7.2.3** **Karta pracy socjalnej/środowiskowej pracy socjalnej** 171](#_Toc69041756)

[**7.2.4** **Protokół SK/protokół ZIDR** 172](#_Toc69041757)

[**7.2.5** **Karta indywidualnego projektu socjalnego/monitoring IPS** 174](#_Toc69041758)

[**7.2.6** **Narzędzia analizy sytuacji rodziny/diagnozy wstępnej i pogłębionej** 182](#_Toc69041759)

[**7.2.7** **Kwestionariusz ewaluacji *ex post* realizowany po zakończeniu pracy z rodziną** 183](#_Toc69041760)

[**7.2.8** **Kwestionariusz ewaluacji *ex ante* Modelu na terenie gminy** 187](#_Toc69041761)

[**7.2.9** **Kwestionariusz ewaluacji *on going* Modelu na terenie gminy** 189](#_Toc69041762)

[**7.2.10** **Kwestionariusz ewaluacji *ex post* Modelu na terenie gminy** 192](#_Toc69041763)

[**7.2.11** **Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (PSR)** 194](#_Toc69041764)

[**7.2.12** **Dialog Motywujący (DM)** 196](#_Toc69041765)

[**7.2.13** **Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)** 198](#_Toc69041766)

[Bibliografia 201](#_Toc69041767)

[Spis schematów 202](#_Toc69041768)

[Spis tabel 202](#_Toc69041769)

# **Podstawowe informacje na temat podręcznika**

## **Przeznaczenie podręcznika**

Niniejszy podręcznik stanowi integralną część „Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa”. Jest on przeznaczony dla instytucji, która zdecyduje się na wdrożenie Modelu. Korzystać z niego powinni w szczególności jej pracownicy (zarówno kadra zarządzająca, jak i realizatorzy), którzy będą odpowiedzialni za zorganizowanie procesu wdrażania Modelu oraz udzielanie wsparcia członkom rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa. Podręcznik nie tylko precyzuje i wyjaśnia zasady pracy w oparciu o Model, ale także ma dostarczyć jego użytkownikom wskazówek, które mają im pomóc właściwym zaplanowaniu pracy organizacyjnej związanej z wdrożeniem rozwiązań przewidzianych w Modelu oraz w realizacji kolejnych etapów wsparcia. Z treścią podręcznika powinny zapoznać się przede wszystkim osoby zarządzające instytucją pomocy społecznej, ale również pracownicy socjalni, którzy będą współpracowali z rodzinami oraz osoby, których zadaniem będzie zorganizowanie sieci wsparcia. Opracowanie jest także przeznaczone dla wszystkich specjalistów, którzy wejdą w skład Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny oraz dla tych osób, na których bezpośrednio spoczywa obowiązek nadzorowania pracy pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia zaangażowanych we wdrażanie Modelu. Bazując na diagnozie dla dzielnicy Wilchwy miasta Wodzisław Śląski, uwzględnia ono specyfikę społeczności lokalnych funkcjonujących na terenach pogórniczych.

Podręcznik precyzuje zasady pracy w oparciu o Model, sformułowano w nim szereg rekomendacji dotyczących jego wdrożenia, jak również pewne minimalne wymogi dotyczące świadczenia wysokiej jakości usług w zakresie pomocy społecznej. Aby spełnić standardy pracy określonej w Modelu, instytucja wdrażająca musi zrealizować wszystkie założenia,   
o których mowa jest w rozdziale trzecim niniejszego podręcznika, powinna także podejmować działania zgodnie z ustalonymi schematami (ścieżkami) wsparcia. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że zawarte w podręczniku rekomendacje nie obligują instytucji, która zdecyduje się na wdrożenie Modelu, do korzystania z załączonych narzędzi   
w zaproponowanym kształcie. Intencją autorów jest bowiem pokazanie użytkownikom pewnych możliwych rozwiązań, które mogą (a nawet powinny) zostać dostosowane do specyfiki funkcjonowania konkretnej instytucji pomocowej. Innymi słowy, zaproponowany zestaw rozwiązań i narzędzi może być poszerzany lub ograniczany – w zależności od potrzeb, zaś ich treść można modyfikować.

## **Wykaz skrótów i pojęć stosowanych w podręczniku**

***Case Management* (CM)** – to rodzaj profesjonalnej praktyki pracy socjalnej, polegającej   
na efektywnym zarządzaniu procesem pomagania oraz świadczenia usług społecznych   
w sytuacji, gdy interwencja socjalna musi mieć charakter złożony. CM stawia pracowników służb społecznych w roli managerów, których zadaniem jest zdiagnozowanie potrzeb oraz zapewnienie klientowi usług, świadczonych w odpowiednim czasie i kolejności.

**Enklawa** – enklawa biedy, miejsce koncentracji problemów społecznych; wybrane przez instytucję wdrażającą Model, celem objęcia działaniami przewidzianymi w ramach Modelu.

**Informatorium** – ma formę czytelnego informatora (również w wersji elektronicznej) zawierającego wykaz instytucji mogących wesprzeć rodziny zagrożone dziedziczonym ubóstwem.

**Instytucja wdrażająca** – instytucja, która podjęła decyzję o implementacji Modelu.

**IPS** – indywidualny projekt socjalny, narzędzie pracy pracownika socjalnego; zespół zaplanowanych działań o charakterze pomocowym, ukierunkowanych na rzecz osoby lub rodziny, których założeniem jest dążenie do pozytywnej zmiany. IPS to także dokument wykorzystywany w ramach Modelu, zapewniający konceptualizację, planowanie i opisywanie działań w ramach projektu.

**JOPS** – jednostka organizacyjna pomocy społecznej.

**Karta oceny formalnej** – kwestionariusz, za pomocą którego pracownik socjalny instytucji wdrażającej dokonuje analizy kryteriów kwalifikacji rodzin do objęcia wsparciem w ramach Modelu.

**Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)** – jest zebraniem jak największej liczby członków rodziny celem rozwiązania ściśle określonego problemu rodziny. W KGR mogą uczestniczyć także zaproszeni przez rodzinę specjaliści. KGR jest narzędziem przewidzianym do wykorzystania w ramach Modelu.

**Model** – model pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa. Zespół wypracowanych, rekomendowanych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania dziedziczeniu ubóstwa, które wykorzystują dotychczasowe doświadczenia i są dostosowane do specyficznych problemów na danym terytorium.

**MSP** – małe i średnie przedsiębiorstwa.

**NGO** – organizacja pozarządowa.

**OPS** – ośrodek pomocy społecznej.

**OS** – osoba starsza.

**Pakiet usług** – wyróżniony ze względu na określony problem lub kategorię osób lub rodzin zbiór usług systemu pomocy i integracji społecznej, spełniający funkcje przyporządkowane do danej grupy klientów, określający sposób oddziaływania na klienta, pozwalający mu najpełniej wykonywać role społeczne i zawodowe.

**Partnerzy** – instytucje, organizacje, podmioty prywatne, które podpisały z instytucją wdrażającą Model porozumienie o współpracy i zobowiązały się do współrealizacji zadań na rzecz rodzin zagrożonych dziedziczonym ubóstwem.

**PCPR** – powiatowe centrum pomocy rodzinie.

**PES** – podmiot ekonomii społecznej.

**PFRON** – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Praca socjalna** – metodyczne działanie pracownika socjalnego, poprzedzone diagnozą, planem pracy, którego celem jest zmiana społeczna, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie (empowerment) i wyzwalanie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu.

**Przedstawiciel rodziny** – osoba reprezentująca rodzinę objętą wsparciem w ramach Modelu, uczestnicząca w spotkaniach ZIDR, wypowiadająca się w imieniu rodziny.

**PS** – pracownik socjalny realizujący zadania w ramach projektu (*case manager*).

**PZP** – ustawa prawo zamówień publicznych.

**Rodzina zagrożona dziedziczonym ubóstwem** – odbiorcy wsparcia, rodzina zamieszkująca w enklawie, u której w wyniku weryfikacji (karta oceny formalnej) ustalono występowanie kryteriów dziedziczonego ubóstwa.

**S** – specjalista ds. sieci wsparcia. Wspiera PS w realizacji zadań środowiskowych a także koordynuje prace na etapie interdyscyplinarnym, odpowiedzialny również za prace administracyjno-organizacyjną w ramach Modelu.

**SK –** spotkanie/spotkania konsultacyjne– zaplanowane spotkania specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu – pracownika socjalnego (PS) i specjalisty do spraw sieci wsparcia (S). SK służy wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz identyfikacji zasobów środowiskowych, które można wykorzystać rzecz wsparcia rodziny.

**Standard pracy socjalnej** –wytyczne opracowane przez zespoły eksperckie w latach 2011-2014 w ramach Projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy   
i integracji społecznej”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, określające wymogi i warunki realizacji pracy socjalnej w następujących obszarach:

* indywidualna praca socjalna: specyficzne obszary diagnozy, działania pracownika socjalnego; sposoby budowania relacji; komunikowania, towarzyszenia; zakres działań osób i rodzin, sposób budowy pakietu dla konkretnego klienta/rodziny; sposób postępowania pracownika socjalnego w procesie budowania indywidualnego pakietu usług;
* grupowe formy pracy socjalnej;
* sposoby ewaluacji i monitorowania.

***Study Circle*** – metoda polegająca na podnoszeniu kompetencji poprzez organizację spotkań w małych grupach w celu wspólnego zgłębienia interesującego tematu. Praca grupy jest wzbogacana o wiedzę i doświadczenia jej poszczególnych członków, którzy pozwalają spojrzeć na badane zagadnienie z wielu różnych perspektyw. Metoda SC zakłada, że każda osoba dysponuje wiedzą, doświadczeniami, którymi może się podzielić z innymi.

**Ustawa (UPS)** – ustawa o pomocy społecznej.

**Usługa** – usługa opiekuńcza wobec osoby starszej w miejscu zamieszkania, świadczona na poziomie minimalnym.

**ZIDR** – zespół interdyscyplinarny do spraw rodziny – zaplanowane spotkania specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu oraz specjalistów zewnętrznych. W skład ZIDR wchodzą: PS współpracujący z rodziną, S i odpowiednio dobrani specjaliści zewnętrzni. Do składu ZIDR na pewnym etapie dołącza przedstawiciel rodziny. Celem ZIDR jest pogłębienie diagnozy we współpracy ze specjalistami zewnętrznymi, interdyscyplinarne ustalenie koncepcji wsparcia rodziny, wspólne opracowanie koncepcji Indywidualnego Projektu Socjalnego (IPS) – w tym określenie planu działań oraz ustalenie możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w Pakiecie usług, ustalenie i podział zadań oraz podjęcie decyzji o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów zewnętrznych.

**ZOL** – zakład opiekuńczo leczniczy.

**ZPO** – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

## **Instrukcja dla użytkowników podręcznika**

Zadaniem podręcznika jest ułatwienie procesu wdrażania rekomendowanych   
w ramach Modelu rozwiązań do codziennej praktyki instytucji pomocy i integracji społecznej na terenach pogórniczych, których przykładem jest dzielnica Wilchwy.

W rozdziale drugim – poza ogólnymi informacjami, precyzującymi założenia pracy   
w oparciu o Model, opisującymi odbiorców działań oraz wskazującymi instytucje, które mogą wykorzystać Model w swojej aktywności, wskazano także na korzyści wynikające z jego zastosowania, tak dla realizatorów, jak i dla beneficjentów wsparcia. Zaprezentowano również zasady, które wskazują wymiar etyczny proponowanych działań.

Rozdział trzeci służy ukazaniu założeń Modelu. W jego kolejnych częściach krok po kroku przedstawiono zasady koordynacji prac związanych z wdrażaniem Modelu i omówiono etapy wdrażania rekomendowanych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania dziedziczeniu ubóstwa. W tej części przedstawiono wymagania dotyczące rozwiązań organizacyjnych w jednostce, wymagania dotyczące personelu wdrażającego Model, opisy stanowisk, programy szkoleń.

Rozdział czwarty to szczegółowy opis rekomendowanego wsparcia rodzin w podziale na etapy metodycznego działania. Rozdział ten wskazuje w szczególności zakres działań podejmowanych przez pracowników socjalnych i specjalistów pracujących w ramach instytucji wdrażającej Model. To praktyczna wskazówka dla realizatorów zadań w ramach Modelu odpowiadająca na pytania co, gdzie i w jakim wymiarze realizować, aby spełnić kryteria Modelu. Model rekomenduje wykorzystanie w pracy z rodzinami zagrożonymi dziedziczonym ubóstwem określonych metod pracy. Spis oraz wskazówki do wykorzystania tych narzędzi znajduje się także w czwartym rozdziale. Sposoby monitoringu i ewaluacji działań będą opisane zarówno w ramach opisu etapów wdrażania Modelu, jak i w przedostatnim rozdziale.

Rozdział piąty wskazuje metody pracy z rodziną egzystującą na terenie pogórniczym, omawia zasady i metody pracy pracownika socjalnego, który pełni kluczową rolę w procesie udzielania wsparcia członkom rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa. W tej części opisano także rolę, jaką pełni rodzina w kreowaniu ścieżki wsparcia, jak również szczegółowo przeanalizowano etapy wsparcia udzielanego rodzinie. Omówiono też założenia indywidualnego projektu socjalnego, stanowiącego ważne narzędzie w pracy   
w ramach Modelu, zwrócono ponadto uwagę na specyficzną sytuację dziecka w rodzinie zagrożonej lub dotkniętej dziedziczonym ubóstwem i wskazano na możliwe formy pomocy adresowane do najmłodszych członków rodziny.

Rozdział szósty prezentuje charakterystykę działań przewidzianych w Modelu, które są realizowane w środowisku lokalnym na terenie pogórniczym (w szczególności   
w wodzisławskiej dzielnicy Wilchwy). W tej części podręcznika skupiono się na wyjaśnieniu zadań i roli, jaką pełni lokalna sieć wsparcia, opisano zadania i rolę specjalisty ds. sieci wsparcia, a także wskazano, w jaki sposób, krok po kroku, stworzyć taką sieć. Ponadto dokonano charakterystyki funkcjonowania sieci oraz zaprezentowano zasady monitorowania i ewaluacji jej działalności.

W rozdziale siódmym znajdą się rekomendowane narzędzia wraz z opisem, wzory dokumentów, umów i kwestionariuszy, które mogą okazać się przydatne we wdrażaniu Modelu.

# **Zakres realizacji Modelu**

Model pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa na danym terytorium opiera się na wytycznych wskazanych w Regulaminie konkursu na makroinnowacje w temacie „Przerwanie dziedziczonego ubóstwa na obszarach zdegradowanych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”.

Realizacja Modelu musi opierać się na:

1. dogłębnej diagnozie zasobów i ograniczeń miejsca, środowiska, które będzie objęte wsparciem;
2. wykorzystaniu opracowanych w ramach PIW EQUAL i PO KL rozwiązań;
3. zmianie dotychczasowych, rutynowych rozwiązań, realizowanych w obszarze pomocy społecznej;
4. uwzględnieniu podmiotowości i autonomii adresatów – rodzin i środowiska, w którym one na co dzień funkcjonują;
5. zaangażowaniu całej lokalnej społeczności (autentycznej partycypacji), dążeniu do budowania realnego partnerstwa, tworzeniu możliwości zdobywania umiejętności współpracy dla dobra mieszkańców obszaru;
6. wzmocnieniu potencjału rozwojowego dzieci i młodzieży, tak, aby mogły wyjść   
   z zaklętego kręgu biedy i prowadzić samodzielne i godne życie;
7. zapewnieniu dostępu do różnego rodzaju usług (pomocy społecznej, edukacyjnych, opiekuńczych, zdrowotnych i kulturalnych);
8. określeniu instytucji koordynującej, odpowiedzialnej za sprawne, skuteczne   
   i efektywne funkcjonowanie Modelu;
9. wskazaniu źródeł finansowania Modelu.

## **odbiorcy wsparcia**

Odbiorcami wsparcia są rodziny – zagrożone problemem dziedziczonego ubóstwa oraz te, w których problem ten już występuje – wraz z ich najbliższym sąsiedztwem. Grupa docelowych odbiorców Modelu to cała rodzina, czyli osoby dorosłe (rodzice), dzieci (zarówno pełnoletnie, jak i niepełnoletnie) i o ile to możliwe dziadkowie. Model skupia się na rodzinach funkcjonujących w enklawach zdegradowanych społecznie i fizycznie, gdzie stan niedostatku przenosi się z generacji na następną generację w okresie jej dorosłości i może skutkować biedą w dzieciństwie kolejnego pokolenia.

Działania przewidziane w schemacie są ukierunkowane na redukcję już istniejących problemów, poprzez dostarczenie konkretnych usług czy projektów. Głównymi i bezpośrednimi ich odbiorcami będą dzieci reprezentujące okres wczesnego dzieciństwa oraz będące w okresie edukacji szkolnej, a także osoby dorosłe niepracujące lub zaliczane do grupy prekariuszy. Wsparcie tego typu skierowane zostanie także do najstarszego pokolenia, zarówno zamieszkałego wspólnie, jak i osobno na terenie danej enklawy. W szczególnie uzasadnionych przypadkach – uwzględniając potrzebę integracji i wzmacniana więzi międzypokoleniowych – działaniami mogą być objęci przedstawiciele najstarszego pokolenia zamieszkali poza wybranym obszarem.

Z drugiej strony, szczególne znaczenie w Modelu odgrywają działania profilaktyczne.   
Ich adresatami są przede wszystkim dzieci i młodzież, które dzięki realizacji indywidualnej ścieżki wsparcia mają możliwość przyswoić sobie nowe wzorce i sposoby rozwiązywania problemów, a także wykształcić postawy, które pomogą im przerwać łańcuch dziedziczenia ubóstwa.

Model zapewnia zgodność z polityką równych szans, w tym równości płci. Jego działania są adresowane do wszystkich członków rodzin zagrożonych bądź doświadczających problemu dziedziczonego ubóstwa – zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn. Ustalone kryteria rekrutacji nie odnoszą się do płci lub wieku, lecz do natężenia dotykających daną rodzinę problemów. Niepełnosprawność czy, np. samotne rodzicielstwo – dotykające w głównej mierze kobiety – są kryteriami dodatkowymi, które ułatwiają tym osobom skorzystanie z planowanego wsparcia.

Wybór rodzin obejmowanych wsparciem w ramach Modelu odbywa się w oparciu   
o dwa poniższe kryteria.

* **Kryteria podstawowe (spełniane łącznie):**
* kluczowi członkowie rodziny zamieszkują w enklawie lub na wybranym obszarze, na którym ma być wdrażany Model;
* istotnym źródłem utrzymania rodziny są świadczenia społeczne;
* w składzie rodziny znajduje się co najmniej jedna osoba w wieku aktywności zawodowej, pozostająca bez pracy lub wykonująca pracę charakteryzującą się niskimi dochodami, ograniczającą perspektywy życiowe i rozwój zawodowy;
* w rodzinie są dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa i edukacji szkolnej.
* **Kryteria dodatkowe (wymagane jest spełnienie co najmniej jednego z nich):**
* współwystępowanie dodatkowych obszarów problemowych (np. problemy opiekuńczo–wychowawcze, nadużywanie alkoholu, przemoc domowa, niepełnosprawność, długotrwała choroba, przestępczość, rodzina niepełna);
* brak lub niskie wykształcenie rodziców;
* wielodzietność;
* niewielkie zasoby kulturowe, deficyty kapitału społecznego i słaba aktywność społeczna.

W pierwszej kolejności kwalifikowane są rodziny, w których obok kryteriów podstawowych spełnionych zostanie większa liczba kryteriów dodatkowych.

Działania w ramach Modelu będą kierowane także do najbliższego otoczenia rodzin zagrożonych bądź dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa (osób zamieszkujących na terenie objętym wdrażaniem Modelu). Mogą to być np. ich krewni, znajomi, sąsiedzi, przedstawiciele grup rówieśniczych, zawodowych, hobbystycznych czy osoby, które łączy wspólna cecha (np. posiadanie dzieci w podobnym wieku, samotne rodzicielstwo), których udział w działaniach jest niezbędny dla skutecznego wsparcia członków rodzin zagrożonych bądź dotkniętych dziedziczonym ubóstwem.

Za realizację zadań związanych z tworzeniem i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej odpowiedzialny będzie specjalista ds. sieci wsparcia. Działania te będą elementem indywidualnie dobieranego wsparcia dla rodzin w ramach proponowanych w Modelu pakietów usług, dlatego też decyzja o wyborze konkretnego rodzaju działania będzie uzależniona od sytuacji poszczególnych rodzin, jak i lokalnych uwarunkowań.

Narzędziem, które można wykorzystać w procedurze kwalifikowania do uzyskania wsparcia w ramach Modelu, jest Karta oceny formalnej, która stanowi załącznik nr 5.2.2 do podręcznika.

## **Użytkownicy Modelu**

Model z założenia możliwy jest do wdrożenia na terenach pogórniczych. Użytkownikami modelu mogą być instytucje działające na rzecz rodzin (bądź poszczególnych ich członków), w których występuje problem dziedziczenia ubóstwa oraz tych, które są nim zagrożone. W szczególności, oprócz ośrodka pomocy społecznej pełniącego rolę koordynatora sieci, mogą to być:

* jednostki samorządu terytorialnego (urzędy miast, gmin, starostwa powiatowe);
* centra usług społecznych;
* instytucje rynku pracy – powiatowe urzędy pracy, filie Ochotniczego Hufca Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, organizacje pracodawców (izby rzemieślnicze, izby gospodarcze, cechy rzemiosł itp.);
* powiatowe centra pomocy rodzinie;
* szkoły i inne instytucje edukacyjne;
* poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
* placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży;
* Policja;
* kuratorzy sądowi;
* parafie;
* biblioteki;
* ośrodki kultury;
* ośrodki sportu i rekreacji;
* spółdzielnie mieszkaniowe;
* rady dzielnic, rady sołeckie;
* punkty nieodpłatnej pomocy prawnej;
* ośrodki interwencji kryzysowej;
* placówki leczenia uzależnień;
* placówki wsparcia seniorów (np. dzienne domy „Senior-Wigor”, domy pomocy społecznej);
* warsztaty terapii zajęciowej;
* niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
* organizacje pozarządowe;
* lokalni przedsiębiorcy.

**Rekomendacja**

Zaleca się, aby koordynatorem działań przewidzianych w Modelu był ośrodek pomocy społecznej

## **Zasady stosowane w realizacji Modelu**

W realizacji działań wspierających i aktywizujących w ramach Modelu należy uwzględnić podstawowe zasady funkcjonowania społecznego oraz zasady pracy socjalnej,   
a w szczególności:

* **zasadę wzajemnego zaufania i akceptacji** – opartą na tolerancji, poszanowaniu godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych osób objętych wsparciem;
* **zasadę wzmacniania (empowerment)** – w ramach której respektuje się prawo rodzin do współuczestnictwa w procesie definiowania potrzeb i celów, ufa się   
  w zdolność rodzin do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu poprzez wykorzystanie zasobów i silnych stron oraz rezygnacji z traktowania osób wyłącznie przez pryzmat cechujących ich deficytów;
* **zasadę indywidualizacji** – podmiotowego podejścia do klienta, uwzględniającą indywidualne cechy osobowości klienta, jego potencjał, możliwości rozwojowe, ograniczenia oraz inne atrybuty ważne dla budowania relacji współpracy   
  w pokonywaniu życiowych trudności;
* **zasadę poufności** – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);
* **zasadę właściwego doboru metod i technik stosowanych   
  z poszanowaniem godności osób i ich prawa do samostanowienia** – prawa klientów do wolności i odpowiedzialności za swoje życie, gwarantujące osobom aktywne uczestnictwo w działaniach prowadzących do poprawy ich sytuacji oraz prawo do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących wyboru właściwej formy wsparcia;
* **zasadę udostępniania zasobów** – przejawiającą się w zobowiązaniu pracowników realizujących działania w ramach Modelu do poszukiwania możliwości zaspokojenia uzasadnionych potrzeb klientów i udzielania wszelkich informacji   
  w tym zakresie;
* **zasadę neutralności** – poszukiwania przyczyn i sposobów rozwiązywania sytuacji problemowych powstałych podczas realizacji zadań w ramach Modelu, niezależnie   
  od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające i klientów;
* **zasadę nieoceniania** – rozpatrywania każdej sytuacji opartego na profesjonalnej wiedzy, odstąpienia od osądów i krytyki osób korzystających ze wsparcia;
* **zasadę dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienia   
  w postępowaniu pomocowym potrzeb i wsparcia poszczególnych członków środowiska rodzinnego;
* **zasadę efektów odłożonych w czasie** – zakładającą, że nie wszystkie podejmowane działania muszą od razu przynieść widoczną zmianę.

## **Korzyści dla realizatorów i odbiorców działań**

Model jest warty wdrożenia ze względu na szereg rozwiązań o charakterze innowacyjnym, które zostały w jego ramach zaproponowane. Praca w oparciu o Model jest korzystna dla realizatorów, ale również odbiorców działań, czyli rodzin zagrożonych problemem dziedziczonego ubóstwa. Wśród najważniejszych korzyści dla realizatorów Modelu wskazać należy sześć kwestii.

1. **Wdrożenie nowego podejścia do pracy środowiskowej z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa**

Praca z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa ma charakter długofalowy i obejmuje zarówno rodziny doświadczające dziedziczonego ubóstwa, jak ich najbliższe otoczenie. W ramach Modelu przewiduje się działania skierowane do przedstawicieli wszystkich pokoleń, dzięki szerokiemu katalogowi usług/form wsparcia oferowanych przez podmioty tworzące sieci wsparcia. Praca nad pomocą rodzinom   
z problemem dziedziczonego ubóstwa jest więc w maksymalnym możliwym zakresie odnoszona do rzeczywistych warunków ich życia. Oznacza to wyjście poza sztywne procedury i zwrot w stronę praktycznych, elastycznych rozwiązań, możliwych do zaaplikowania w praktyce. Dzięki temu ma zostać przełamana wyuczona bezradność klienta i jego zależność od systemu pomocy społecznej.

1. **Zastosowanie innowacyjnych metod pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa**

Praca z klientami pomocy społecznej sprowadza się zazwyczaj do zastosowania standardowych metod. Przewaga rozwiązań modelowych polega na zastosowaniu metod pracy, które rzadko są wykorzystywane na gruncie polskim, cechuje je zarazem wysoka skuteczność. Chodzi tu przede wszystkim o *Case Management*, który zakłada – między innymi – aktywność i współdziałanie klienta, współpracę z nim od początku zajmowania się przypadkiem oraz intensywną komunikację, co ułatwia osiągnięcie porozumienia z klientem już na etapie definiowania problemu.

1. **Nowatorskie podejście do roli pracownika socjalnego**

Rola pracownika socjalnego, w myśl założeń Modelu, polega na pełnieniu funkcji „menedżera przypadku” (*case managera*), który zarządza wsparciem udzielanym rodzinie przez różne podmioty (specjalistów, instytucje itp.). Pracownik socjalny pozostaje blisko klienta, jednak mając do dyspozycji wielu specjalistów dąży do zorganizowania mu kompleksowego i specjalistycznego wsparcia.

1. **Nawiązanie i funkcjonowanie lokalnego partnerstwa na rzecz przeciwdziałania dziedziczeniu ubóstwa**

W ramach Modelu przewiduje się stworzenie lokalnej sieci wsparcia, w skład której wejdą przedstawiciele różnych instytucji i organizacji lokalnych. Pozwala to usprawnić interwencję i szybciej doprowadzić do pozytywnego zakończenia przypadku. Zróżnicowanie kompetencji poszczególnych podmiotów umożliwia udzielenie klientom możliwie szerokiego i profesjonalnego wsparcia.

Można także przypuszczać, że zbudowanie lokalnego partnerstwa posłuży nie tylko realizacji działań przewidzianych w Modelu, ale także będzie wykorzystywane do współdziałania w ramach innych przedsięwzięć.

1. **Systematyczne monitorowanie efektów pracy**

Dzięki określonym w Modelu warunkom ewaluacji i monitoringu, wsparcie, jakie jest udzielane rodzinom z problemem dziedziczonego ubóstwa, podlega systematycznej kontroli pod kątem efektywności podejmowanych działań. Bieżące monitorowanie postępów pracy z członkami rodziny daje możliwość szybkiego reagowania na dostrzeżone nieprawidłowości i elastycznej modyfikacji wsparcia. Monitoring pozwala też na zakończenie wsparcia po osiągnięciu określonych w Indywidualnym Projekcie Socjalnym celu, dzięki czemu długość czasu wsparcia oraz jego charakter jest dostosowany do potrzeb i potencjału każdego z klientów.

1. **Możliwość podniesienia kompetencji pracowników**

Wdrożenie Modelu z pewnością niesie konieczność podniesienia kompetencji pracowników instytucji będącej realizatorem działań. Będzie to jednak kwestia zindywidualizowana, uzależniona od określonych potrzeb w tym zakresie. Szczegółowy zakres niezbędnych działań oraz rekomendowanych szkoleń dla instytucji wdrażającej został określony w Modelu, w rozdziale szóstym (Tabela nr 3. Warunki zastosowania Modelu w praktyce). Warto wspomnieć, iż kwestia zastosowania bądź konieczności szkolenia – czy to pracowników bezpośrednio realizujących założenia Modelu, czy też współpartnerów – jest mocno uzależniona od zdiagnozowanych w tym obszarze deficytów.

Podkreślić należy, iż praca w ramach proponowanego Modelu ma w pierwszej kolejności czerpać z zasobów pozostających w dyspozycji instytucji. Dla przykładu, można założyć, że pracownicy socjalni powinni odbyć szkolenie w zakresie stosowania szeroko pojętej pracy metodą indywidualnego przypadku (w sytuacji zdiagnozowania braku odpowiednich kompetencji) bądź też skorzystać z lżejszej formy, np. w postaci warsztatów (w sytuacji zdiagnozowania odpowiednich kompetencji, wymagających nieznacznego „przypomnienia” jej zastosowania). Należy również założyć, że kwestia potrzeb szkoleniowych w proponowanym Modelu jest sprawą otwartą i winna być na bieżąco analizowana. Tym samym w sytuacji zaistnienia potrzeby przeprowadzenia niezbędnych szkoleń, nawet już w trakcie pracy w Modelu należy sprostać temu wyzwaniu i przeprowadzić istotne i potrzebne szkolenia. Praca w oparciu o Model może więc przynieść realizatorom korzyści w postaci wzbogacenia doświadczenia zawodowego, jak również podwyższenia kompetencji zawodowych oraz zwiększyć jakości usług instytucji, co również może zostać przez wykorzystane w danej instytucji w dalszej pracy.

Działanie w oparciu o Model przynosi szereg korzyści rodzinie, która ma możliwość skorzystania ze wsparcia. Do najważniejszych pozytywnych aspektów udziału w projekcie można zaliczyć:

1. **Kompleksowość i interdyscyplinarność wsparcia udzielanego rodzinie**

Włączenie w system pomocy różnych podmiotów umożliwia wieloaspektową diagnozę potrzeb każdego z członków rodziny dotkniętej problemem dziedziczonego ubóstwa. Dzięki międzysektorowej i międzyinstytucjonalnej współpracy oraz wymianie doświadczeń, zwiększa się szansa na udzielenie kompleksowego wsparcia każdemu z klientów. Zintegrowanie różnych, często wyspecjalizowanych form wsparcia, połączone   
z systematycznymi, bezpośrednimi kontaktami pomiędzy tymi formami, daje możliwość osiągnięcia efektu synergii, co skutkuje udzieleniem najbardziej efektywnego wsparcia rodzinie.

1. **Zintegrowanie różnych form wsparcia w jednym „ośrodku”**

Dzięki rozwiązaniom przewidzianym w Modelu możliwe jest skoordynowanie   
i zintegrowanie różnych form pomocy udzielanej rodzinie zagrożonej problemem dziedziczonego ubóstwa. Współpraca różnych instytucji pomocowych eliminuje konieczność podejmowania przez rodzinę kontaktów z każdą z nich z osobna. Dzięki temu zanika potrzeba każdorazowego wyjaśniania sytuacji rodziny i omawiania jej problemów, co dla beneficjentów wsparcia bywa szczególnie stresujące, kłopotliwe i zawstydzające. Założenia Modelu przewidują kontakty z całym zespołem specjalistów, którzy zbierają się w jednym miejscu, specjalnie dla danej rodziny.

1. **Indywidualne podejście do sytuacji danej rodziny**

Problemem wspólnym dla beneficjentów przewidzianej w Modelu ścieżki wsparcia jest dziedziczone ubóstwo, przy tym jednak przyjmuje się, że każda rodzina jest inna – różnią się (między innymi) wielkością, składem, codziennymi problemami, jak również strategiami radzenia sobie z nimi. Model bierze pod uwagę te różnice i dlatego działania założone   
w nim mają charakter wysoce zindywidualizowany, dostosowany do potrzeb i deficytów każdej z rodzin. Opracowanie zestawu form pomocy dedykowanego konkretnej komórce społecznej powinno być przez nią odebrane jako działanie nadające wartość rodzinie, ponieważ przestaje być ona traktowana jako jeden z wielu „przypadków”, dostrzega się jej indywidualną sytuację. To specjalnie dla niej zbiera się Zespół Interdyscyplinarny   
ds. Rodziny, który w swojej pracy koncentruje się wyłącznie na jej problemach.

1. **Indywidualne podejście do sytuacji każdego z członków rodziny**

Model zakłada nie tylko zindywidualizowane podejście do każdej z rodzin objętych wsparciem, ale także akcentuje potrzebę rozpatrywania sytuacji i problemów poszczególnych członków rodziny jako specyficznych. Innymi słowy, problem dziedziczonego ubóstwa w różny sposób wpływa na każdego członka rodziny, inne są problemy dzieci i młodzieży, a inne dorosłych, dlatego też w ramach Modelu przewiduje się zaprojektowanie działań dedykowanych każdemu z nich. Należy bowiem przyjąć, że tak rozumiane podejście indywidualne umożliwi skuteczne i efektywne przepracowanie i rozwiązanie problemów rodziny jako grupy.

1. **Udział członków rodziny w planowaniu ścieżki wsparcia**

Zakłada się, że osiągnięcie przewidzianych w Modelu rezultatów odbywa się nie tylko dzięki wykorzystaniu zasobów rozmaitych instytucji i organizacji działających w środowisku lokalnym, ale także potencjału samej rodziny dotkniętej problemem dziedziczonego ubóstwa i jej najbliższego otoczenia, czyli sąsiadów czy znajomych. Istotnym jest zatem, aby – oprócz dostarczenia klientom gotowych instrumentów wsparcia – starać się stymulować ich do działania na rzecz samodzielnego rozwiązywania własnych problemów. Innymi słowy – rodzina jest pełnoprawnym partnerem instytucji pomocowych, który ma prawo decydować o sobie i wspólnie ze specjalistami kształtować ścieżkę udzielanego jej wsparcia. Pobudzanie zaangażowania członków rodziny ma na celu wzmocnienie poczucia sprawstwa i wiary we własne siły, a w konsekwencji ma doprowadzić do uniezależnienia się od systemu pomocy społecznej.

1. **Monitorowanie efektów udzielonego wsparcia po zakończeniu działań przewidzianych w Modelu**

Zakończenie indywidualnego projektu socjalnego nie oznacza, że ustaje jakiekolwiek zainteresowanie instytucji pomocowych rodziną, która była beneficjentem wsparcia. Przewiduje się bowiem monitorowanie utrwalenia rezultatów działań modelowych po trzech i sześciu miesiącach od zakończenia projektu. Rodziny nie pozostawia się bez możliwości skorzystania ze wsparcia także po wdrożeniu Modelu, co jest niezwykłym,   
w odniesieniu do dotychczas realizowanych projektów, dodatkiem wspomagającym efektywność prowadzonych działań.

1. **Działania ukierunkowane na przerwanie międzypokoleniowego łańcucha dziedziczonego ubóstwa**

Działania przewidziane w Modelu mają charakter kompensacyjny i są ukierunkowane na redukcję już istniejących deficytów i problemów, poprzez dostarczenie konkretnych usług czy produktów. Należy jednak również mocno zaakcentować znaczenie działań profilaktycznych, które wpisane są w Model. Ich adresatami są przede wszystkim dzieci   
i młodzież, które – dzięki realizacji indywidualnej ścieżki wsparcia – mają szansę przyswoić sobie nowe wzorce efektywnego działania, skuteczne sposoby rozwiązywania problemów, a także wykształcić właściwe postawy, które pomogą im przerwać łańcuch dziedziczenia ubóstwa.

Lista korzyści, które można przedstawić rodzinom, zachęcając je do współpracy   
w ramach „modelowych” działań, znajduje się w rozdziale 4.1 podręcznika: Proces wsparcia rodzin, w części I, dotyczącej nawiązania relacji z rodziną.

# **Założenia Modelu**

Wskazane poniżej ogólne założenia zastosowane w ramach Modelu stanowią nowy, niestosowany dotąd w sposób łączny, zbiór przesłanek odróżniających proponowany Model od innych, znanych dotychczas rozwiązań o podobnym charakterze. Zakłada się, że schemat, poprzez wykorzystanie i połączenie zasobów środowiska lokalnego, interdyscyplinarne wsparcie, nacisk na profesjonalizację działań oraz współudział rodzin w ich realizacji, stanie się rozwiązaniem efektywniejszym i skuteczniejszym w porównaniu z dotychczas stosowanymi.

Obecnie problemy osób dotkniętych dziedziczoną bezradnością i wykluczeniem coraz częściej nie są możliwe do rozwiązania przy wykorzystaniu standardowych działań z obszaru pracy socjalnej. Nagromadzenie dysfunkcji w środowiskach rodzinnych takich osób, wielowymiarowość i skumulowanie problemów, wymagają zmiany dotychczasowego modelu pracy. Jak wynika z przeprowadzonych na potrzeby opracowania Modelu diagnoz i analiz, teren dzielnicy Wilchw, dzielnicy Wodzisławia Śląskiego, od kilku lat objęty jest stałą pracą   
i działaniami lokalnego ośrodka pomocy społecznej. Rozliczne działania, wdrażane zarówno poprzez realizację zadań własnych placówki, jak również prowadzonych na terenie dzielnicy projektów innych instytucji, pomimo zrealizowania w znacznej większości ich założeń, nie dały wymiernych rezultatów. Szczególnie problematyczne jest utrzymania osiągniętych celów w dłuższej perspektywie czasowej. Ośrodek pomocy społecznej współpracował z lokalnym środowiskiem, wykorzystywał istniejące potencjały, jednakże wydaje się obecnie,   
że założenia co do podjętej współpracy były zbyt „płytkie” oraz powierzchowne. Praca   
z rodziną oraz potencjalnym klientem pomocy społecznej ograniczała się natomiast tylko do aktywizacji głowy rodziny przez pracownika socjalnego.

Główne problemy, wpływające na niską efektywność podejmowanych dotychczas działań, można rozpatrywać zarówno w aspekcie instytucji, jak i rodziny.

* **W aspekcie instytucji okazuje się, że**
* zrealizowane projekty były zbyt krótkie oraz nie posiadały działań poprojektowych, które pozwoliłyby choć częściowo kontynuować lub też wspierać zaistniałe pozytywne efekty; Model opiera się na współpracy lokalnych instytucji, przedsiębiorstw   
  i organizacji z koordynacyjną rolą ośrodka pomocy społecznej niezależnie od finasowania zewnętrznego; W Tabelach nr 9 i 11 Modelu wskazano alternatywne możliwości finansowania działań modelowych;
* podjęta współpraca międzyinstytucjonalna nie posiadała planów na przyszłość, była ulokowana jedynie na potrzeby danego przedsięwzięcia; obecnie w Modelu zakłada się szeroko pojęta współpracę poprzez zawieranie porozumień partnerskich oraz umów o współpracy, których zasadniczym celem będzie wspólna realizacja założeń Modelu, z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń w pracy ze środowiskiem, jak również wypracowanie nowej jakości usług; sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA, w szczególności w podrozdziale 2 i 5 Modelu;
* brakowało określenia wspólnych celów, zarówno dla podmiotów realizujących działania, współpracujących z nimi, jak i ich odbiorców; Model – poprzez realizację założeń związanych z budowaniem lokalnego partnerstwa – oprócz ogólnych zasad współpracy instytucjonalnej będzie skupiał się na stworzeniu sieci wparciach, wspólnych celów i katalogu aktualnych zasobów i usług; sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA Modelu, w szczególności w podrozdziałach 2 i 5;
* brak liderów, zarówno w podmiotach współpracujących, jak i środowisku społecznym; jak wspomniano powyżej, ujęty deficyt zamierza się zniwelować poprzez zbudowanie partnerstwa; w wymienionym zakresie w dużej mierze odpowiedzialny będzie pracownik ds. sieci wsparcia. sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA w szczególności   
  w podrozdziale 2 i 5 Modelu;
* prowadzona praca cechowała się niskim zainteresowaniem przedstawicieli lokalnego środowiska – zidentyfikowano mechanizmy motywacje opisane w części IIA2. Modelu
* **W aspekcie rodziny z kolei** kierowana pomoc nie obejmowała swoim wsparciem całej rodziny, najczęściej głównym odbiorcą była głowa rodziny, w działaniach pomijano pozostałych jej członków. Działania zaproponowane w Modelu obecnie odnoszą się do każdego członka rodziny objętego wparciem. Planuje się, aby każdy członek rodziny został zdiagnozowany pod kątem stworzenia indywidualnego planu pracy. Takie rozwiązanie zapewne pozwoli w całości zniwelować ujęty powyżej deficyt. Działania Modelu będą obejmowały cała rodzinę zgodnie z koncepcją modelu opisaną w części 5. IV Modelu.

W ramach wskazanego Modelu proponuje się łączne zastosowanie zestawu „koncepcji pomocowych”, filarów, stanowiących fundament modelu:

1. ***Case Management***

W przypadku rodzin dotkniętych dziedziczonym ubóstwem, niezbędne staje się skonstruowanie takiej koncepcji pomocowej, w której spotkanie klienta potrzebującego   
z jednym profesjonali­stą (pracownikiem socjalnym) wywoła „reakcję łańcuchową”, czyli zainicjuje objęcie wsparciem tego klienta i jego rodziny kolejno przez innych spe­cjalistów, w sposób całościowy, kompleksowy, odpowiadający na złożoność jego problemów. Zadaniem pracownika socjalnego (*case managera*) jest dopasowanie usług, które mieszcząc się w celach pomocy społecznej, najlepiej odpowiedzą na potrzeby rodziny, przy założeniu, że jej członkowie aktywnie uczestniczą w tej procedurze.

1. **Interdyscyplinarne wsparcie rodzin**

Wielowymiarowość dysfunkcji występujących w rodzinach dotkniętych dziedziczonym ubóstwem wymaga przyjęcia perspektywy interdyscyplinarnej przy formułowaniu diagnozy i wielowymiarowego wsparcia specjalistów z różnych dziedzin. Zadaniem pracownika socjalnego będzie zainicjowanie, modelowanie i koordynowanie współpracy specjalistów z rodziną, w oparciu o stosowną dokumentację.

Empowerment jest elementem scalającym opisane powyżej dwie koncepcje. Jeśli członkowie objętych wsparciem rodzin mają odzyskać wiarę we własne siły, jeśli mają z pozytywnym nastawieniem przystąpić do interakcji socjalnej i jeśli celem interwencji w pracy socjalnej ma być odzyskanie przez rodziny kontroli nad własnym życiem, to na

**Empowerment** jest elementem scalającym opisane powyżej koncepcje   
(*Case Management* i interdyscyplinarny charakter wsparcia). Jeśli członkowie objętych wsparciem rodzin mają odzyskać wiarę we własne siły, jeśli mają z pozytywnym nastawieniem przystąpić do interakcji socjalnej i wreszcie – jeśli celem interwencji   
w pracy socjalnej ma być odzyskanie przez rodziny kontroli nad własnym życiem, to   
na każdym etapie realizacji Modelu powinni oni współdecydować o swoim losie, doko­nywać wyborów, które ich dotyczą. W Modelu zakłada się aktywny udział rodzin   
na każdym z etapów metodycznego działania, a działania podejmowane przez instytucje pomocowe powinny zmierzać do upodmiotowienia, wzmocnienia lub odzyskania poczucia kontroli oraz wpływu na środowisko zewnętrzne. Pobudzanie zaangażowania klientów ma na celu wzmocnienie poczucia sprawstwa i wiary we własne siły, a w konsekwencji ma doprowadzić do ich uniezależnienia od systemu pomocy społecznej.

1. **Praca metodą indywidualnego projektu socjalnego**

Projekt socjalny to interdyscyplinarne przedsięwzięcie prowadzące do osiągnięcia

zaplanowanego celu, zgodnie z określoną specyfikacją, przy użyciu określonych zasobów. Rezultatem projektu jest przewidywalna zmiana. Projekt socjalny charakteryzuje się następującymi cechami:

* jest niepowtarzalny (dopasowany do indywidualnych potrzeb danej rodziny),
* służy rozwiązywaniu problemu (czynnikiem generującym jego tworzenie jest chęć rozwiązania problemu, czyli dokonania zmiany),
* służy dokonaniu zmiany (projekt kończy się wykonaniem czegoś),
* jest ograniczony (tzn. ma określony czas trwania, określoną datę rozpoczęcia   
  i zakończenia, ograniczoną liczbę zasobów oraz określony budżet),
* charakteryzuje go złożoność (tj. wielowymiarowość realizowanych zadań),
* zakłada aktywny udział rodzin w jego realizacji.

Praca metodą projektu socjalnego zakłada także systemowe podejście do rodzin, sprzyja zwiększeniu odpowiedzialności rodzin z którymi się pracuje, ułatwia podejmowanie decyzji co do priorytetów dalszych działań i motywuje współrealizatorów do dalszego wysiłku.

1. **Wykorzystanie standardów pracy socjalnej**

W Modelu rekomenduje się wykorzystanie części opracowanych w latach 2012-2014 standardów pracy socjalnej i usług stworzonych przez zespoły eksperckie w ramach realizacji zadania nr 2, Projektu 1.18. „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy   
i integracji społecznej”, współfinansowanego ze środków UE w ramach EFS. W ramach Modelu zostaną wykorzystane zestandaryzowane narzędzia pogłębionej diagnozy sytuacji rodzin. Ponadto zakłada się, iż praca socjalna realizowana przez pracowników socjalnych w ramach Modelu będzie autonomiczna wobec procedur administracyjnych związanych   
z przyznawaniem świadczeń finansowych. Planowane jest także opracowanie pakietu usług według rekomendacji określonych w projekcie. Efektem przyjętych rozwiązań jest wykorzystanie wprost wzorów formularzy i kwestionariuszy narzędzi diagnostycznych oraz katalogów usług.

1. **Wykorzystanie innowacyjnych metod i narzędzi pracy z rodzinami**

Interdyscyplinarność działań oraz pogłębiona praca – z wykorzystaniem metody *Case Managementu*, w oparciu o projekt socjalny oraz współuczestnictwo rodzin   
w diagnozowaniu, planowaniu i realizacji działań – z uwagi na rzadkość ich wykorzystywania w systemie pomocy społecznej, zasługują na miano innowacyjnych rozwiązań.

Ponadto planuje się pracę z rodzinami między innymi w oparciu o Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (PSR), Dialog Motywujący (DM), konferencję grupy rodzinnej (KGR), metodę *Study Circle* (SC) oraz wykorzystanie zestandaryzowanych narzędzi pogłębionej diagnozy i narzędzi pracy z rodzinami.

1. **Odpowiedź na potrzebę rewitalizacji społecznej na obszarach zdegradowanych**

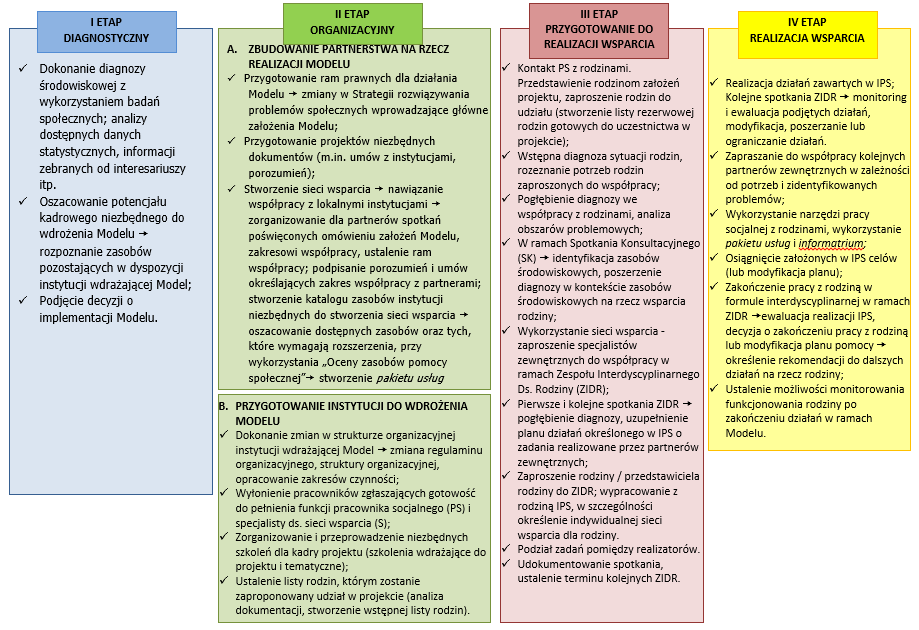
Uwzględnienie w Modelu pogłębionej diagnozy społecznej na wybranym obszarze zdegradowanym, wraz z zaproponowaniem narzędzi badawczych, służy nie tylko zdiagnozowaniu zasobów środowiska lokalnego, ale także jest elementem działań strategicznych w zakresie rewitalizacji. Tym samym opracowana na potrzeby Modelu diagnoza środowiskowa oraz wypracowane w Modelu rozwiązania mogą być wykorzystywane zarówno w projektach rewitalizacyjnych, jak i w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych.

## **Schemat Modelu**

Wdrożenie Modelu obejmuje cztery następujące etapy:

* diagnostyczny;
* organizacyjny, który dzieli się na dwa podetapy (pierwszy z nich zakłada budowanie lokalnego partnerstwa na rzecz realizacji Modelu, natomiast drugi obejmuje działania związane z przygotowaniem instytucji do wdrożenia Modelu);
* przygotowanie do realizacji wsparcia;
* realizację wsparcia dla rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa.

Poniżej przedstawiono schemat graficzny opis poszczególnych etapów.

Schemat 1. Etapy wdrażania Modelu pracy z rodzina dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa

*Źródło: opracowanie własne*

## **Etapy wdrażania Modelu – działania podejmowane w ramach Modelu**

## **Etap diagnostyczny**

**ETAP DIAGNOSTYCZNY**

1. Dokonanie diagnozy środowiskowej z wykorzystaniem badań społecznych; analizy dostępnych danych statystycznych, informacji zebranych od interesariuszy itp.
2. Oszacowanie potencjału kadrowego niezbędnego do wdrożenia Modelu 🠚 rozpoznanie zasobów pozostających w dyspozycji instytucji wdrażającej Model;
3. Podjęcie decyzji o implementacji Modelu.

Etap diagnostyczny zakłada realizację następujących działań:

1. **Dokonanie diagnozy środowiskowej, z wykorzystaniem badań społecznych; analizy dostępnych danych statystycznych, informacji zebranych od interesariuszy itp.**

Instytucja wdrażająca Model analizuje dane własne oraz dane pozostające   
w dyspozycji innych instytucji (organizacje pozarządowe, urząd pracy, regionalny ośrodek polityki społecznej, inne), a także dokumenty strategiczne. Zakłada się także możliwość zlecenia badań społecznych. Celem jest uzyskanie odpowiedzi na kluczowe pytania:

* jakie problemy społeczne występują na terenie miasta/gminy/powiatu?
* czy na terenie miasta/gminy/powiatu występuje zjawisko dziedziczenia ubóstwa?
* czy są możliwe do zidentyfikowania obszary szczególnej koncentracji tego zjawiska, np. ulice, dzielnice?

Dodatkowo diagnoza powinna dotyczyć charakterystyki problemu na wybranym obszarze. Instytucja planująca wdrożenie Modelu, na podstawie danych własnych (w tym na podstawie analizy środowisk korzystających ze wsparcia) i innych instytucji, powinna określić

* liczbę,
* strukturę
* charakterystykę rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa.

W obliczu problemów, jakie pociąga za sobą dziedziczone ubóstwo oraz dla uzyskania trwałości efektów pomocowych, konieczne jest wzmocnienie działań poprzez stworzenie sieci wsparcia społecznego. Dlatego też na etapie diagnozy rolą instytucji wdrażającej Model i jej pracowników jest umiejętne rozpoznanie zasobów indywidualnych jak i społecznych, które mogą zostać wykorzystane w procesie wsparcia rodzin, dlatego konieczne jest zebranie danych o interesariuszach działających na obszarze objętym oddziaływaniem:

* jakie podmioty działają na rzecz danej społeczności;
* jaką ofertą dysponują dla poszczególnych grup odbiorców;
* jaki jest obecny stan współpracy oraz jaka jest gotowość włączenia się poszczególnych osób i instytucji w działania na rzecz Modelu

Sam proces zbierania danych może jednocześnie stanowić początek budowania partnerstwa na rzecz wdrożenia Modelu. Należy zatem sprawdzić w jakim zakresie instytucja współpracuje z lokalnymi podmiotami oraz jakie są ewentualne potrzeby w zakresie nawiązania bądź usprawnienia istniejącej współpracy w obszarze działań na rzecz przeciwdziałania dziedziczeniu ubóstwa.

Aby usprawnić i poszerzyć analizę skali problemu dziedziczonego ubóstwa można wykorzystać narzędzia analizy i diagnozy problemów społecznych, wykorzystywane między innymi w działaniach programów aktywności lokalnej. Do podstawowych metod zaliczamy:

1. analizę danych statystycznych (dane socjodemograficzne, raporty GUS, raporty badawcze),
2. analizę dokumentów urzędowych (sprawozdania instytucji lokalnych, statystyki policyjne),
3. analizę SWOT (analizę mocnych stron, słabych stron, szans i zagrożeń dla danego środowiska lokalnego – stworzoną z udziałem mieszkańców, pracowników i lokalnych liderów),
4. analizę PEST (analizę obszarów kluczowych w środowisku lokalnym, uwzględniającą czynniki polityczne, ekonomiczne, społeczno – kulturowe i technologiczne),
5. sporządzenie map zasobów i potrzeb, map problemów lokalnych występujących na danym terenie (sporządzone na przykład metodami warsztatowymi z udziałem lokalnych liderów)
6. badania jakościowe (wywiady indywidualne z mieszkańcami, liderami, osobami znaczącymi dla środowiska, badania fokusowe ze zrzeszonymi lub niezrzeszonymi grupami funkcjonującymi w danej społeczności lokalnej),
7. badania ankietowe (uwzględniające pytania w odniesieniu do następujących kategorii: demografia, struktura rodziny, edukacja, aktywność zawodowa, sytuacja zdrowotna, spędzanie czasu wolnego, tradycje, obyczaje, aktywność społeczna, potrzeby, zauważone zasoby – w tym instytucjonalne).

analizy strategicznej SWOT. Jest ona efektywną metodą identyfikacji słabych i silnych stron oraz badania szans i zagrożeń, jakie stoją przed przedsięwzięciem do realizacji. Istotne jest wybranie czynników mogących mieć wpływ na proces przygotowywania i wdrażania Modelu oraz klasyfikacja tych czynników według poniższego schematu.

**Szanse** to zjawiska i tendencje w otoczeniu, które, gdy zostaną odpowiednio wykorzystane, staną się impulsem pomyślnej realizacji Modelu oraz osłabią zagrożenia. Przykładową szansą może być niska stopa bezrobocia w gminie lub dobra infrastruktura komunikacyjna.

**Zagrożenia** to wszystkie czynniki zewnętrzne, środowiskowe, które są postrzegane jako bariery dla realizacji Modelu, utrudnienia, dodatkowe koszty. Istnienie zagrożeń nie pozwala na pełne wykorzystanie szans i mocnych stron. Przykładowym zagrożeniem może być brak koordynacji działań służb w gminie na rzecz osób wykluczonych.

**Mocne strony** to atuty, walory zarówno organizacji i instytucji realizujących Model, jak i rodzin, przedstawicieli obszaru objętego wsparciem w ramach Modelu. Przykładową mocną stroną może być posiadanie   
przez instytucję wdrażającą Model dobrze przygotowanej kadry   
lub gotowość rodzin do współpracy z instytucjami w ramach Modelu.

**Słabe strony** dotyczą organizacji i instytucji działających na rzecz rodzin zagrożonych i dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa. Słabe strony wskazują także na ograniczenia grup objętych wsparciem. Przykładem słabej strony może być brak odpowiedniego zaplecza (pomieszczeń) do realizacji działań lub pogłębiające się zniechęcenie i opór klientów, brak gotowości do zmiany swojej sytuacji.

Przeprowadzenie analizy SWOT pomaga w uniknięciu zagrożeń, wykorzystaniu szans   
i wzmocnieniu słabych stron. Umożliwia spojrzenie na podejmowane działania zarówno   
z perspektywy spraw, które ujawniła analiza i muszą zostać wykonane, jak i z ogólnej perspektywy. W rezultacie analizy może zostać podjęta decyzja o implementacji Modelu lub zaniechaniu implementacji. Analiza SWOT może być przeprowadzona zarówno w ramach działań wewnętrznych instytucji wdrażającej model, jak i w formule przewidującej włączenie poszczególnych partnerów społecznych – np. w formie spotkań warsztatowych będących początkiem dalszej pracy ze środowiskiem lokalnym.

1. **Oszacowanie potencjału kadrowego niezbędnego do wdrożenia Modelu**

Na tym etapie istotne jest rozpoznanie zasobów kadrowych pozostających   
w dyspozycji instytucji wdrażającej Model oraz potrzeb wynikających z wdrożenia modelu. Konieczne jest rozeznanie zarówno niedoborów kadrowych, jak i faktycznego potencjału, jakim dysponują pracownicy ośrodka pomocy społecznej w zakresie kompetencji metodycznych niezbędnych do realizacji zadań w ramach Modelu. Zaangażowanie kadrowe ośrodka zależne jest także od potencjału, jakim mogą go wesprzeć lokalne instytucje. Warto rozważyć zwłaszcza włączenie lokalnych organizacji pozarządowych, zakorzenionych w lokalnym środowisku, mających doświadczenie w realizacji działań na rzecz przedstawicieli lokalnej społeczności oraz posiadających niezbędne do tego zasoby kadrowe. Zakres i formy współpracy będą uzależnione od potrzeb oraz specyfiki instytucji wdrażających model – możliwa będzie np. współpraca na zasadzie partnerstwa czy zlecenie organizacji części działań w trybie określonym w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

1. **Podjęcie decyzji o implementacji Modelu**

Wdrożenie Modelu opiera się na zasadzie rozwiązania „dostępnego od ręki”   
– proponuje zatem gotowe rozwiązania wraz ze szczegółowymi wskazaniami dotyczącymi sposobu ich wdrażania. Nie oznacza to jednak, że rekomendowany Model będzie dopasowany do możliwości i potrzeb wszystkich zainteresowanych ośrodków bez dokonania głębszych zmian organizacyjnych. Decydenci w danym ośrodku pomocy społecznej powinni skupić się na zidentyfikowaniu najlepszego dla swojej instytucji rozwiązania, ocenić je pod względem jak najkorzystniejszego dopasowania do istniejących warunków i ewentualnie dostosować do potrzeb konkretnego ośrodka. Kluczowa jest faza konceptualizacji i uszczegółowienia zadań do realizacji oraz niezbędnych modyfikacji Modelu, uwzględniających środowiskowe uwarunkowania wdrożenia. Podjęcie decyzji   
o dalszych działaniach w Modelu musi brać pod uwagę także wyzwania związane   
z koniecznością zaproszenia do współpracy znacznej liczby partnerów, mogących posiadać odmienne cele i kulturę organizacyjną.

## **Etap organizacyjny A – zbudowanie partnerstwa na rzecz realizacji Modelu**

**II ETAP - ORGANIZACYJNY**

1. **ZBUDOWANIE PARTNERSTWA NA RZECZ REALIZACJI MODELU**
2. Przygotowanie ram prawnych dla działania Modelu 🠚 zmiany w Strategii rozwiązywania problemów społecznych wprowadzające główne założenia Modelu;
3. Przygotowanie projektów niezbędnych dokumentów (m.in. umów z instytucjami, porozumień);
4. Stworzenie sieci wsparcia 🠚 nawiązanie współpracy z lokalnymi instytucjami 🠚 zorganizowanie dla partnerów spotkań poświęconych omówieniu założeń Modelu, zakresowi współpracy, ustalenie ram współpracy; podpisanie porozumień i umów określających zakres współpracy z partnerami; stworzenie katalogu zasobów instytucji niezbędnych do stworzenia sieci wsparcia 🠚 oszacowanie dostępnych zasobów oraz tych, które wymagają rozszerzenia, przy wykorzystania „Oceny zasobów pomocy społecznej”🠚 stworzenie *pakietu usług*
5. **Przygotowanie ram prawnych dla działania Modelu**

Kluczowe dla wdrożenia Modelu w ośrodku pomocy społecznej jest zestawienie proponowanych rozwiązań organizacyjnych z istniejącą strukturą i zadaniami jednostki. Ponadto, w związku z koniecznością realizacji zadań na poziomie instytucjonalnym, konieczne będzie utworzenie zespołu koordynująco-monitorującego, którego zadaniem będzie koordynacji działań na poziomie instytucjonalnym. Szczegóły w tym zakresie ujęto w Modelu, w rozdziale piątym („Opis koordynacji wdrożeniowej i funkcjonowania Modelu”). Dokonanie zmian może się wiązać z koniecznością regulacji w drodze stosownych zarządzeń, zarówno struktury organizacyjnej (regulamin organizacyjny), jak   
i szczegółowego podziału zadań oraz sposobów ich realizacji (np. zmiany w instrukcji kancelaryjnej czy we wzorach dokumentów). W konsekwencji, zmiany mogą wymagać także zakresy czynności pracowników uczestniczących we wdrażaniu Modelu.

**REKOMENDACJA**

Aby po podjęciu decyzji o wdrożeniu Modelu, wprowadzić go do stosowania w danej jednostce organizacyjnej, rekomenduje się zastosowanie opisanej poniżej procedury administracyjno-prawnej.

1. Wystąpienie do władz gminy z projektem uchwały w sprawie przyjęcia zmian   
   w lokalnym dokumencie związanym z rozwiązywaniem problemów społecznych   
   na danym obszarze (np. Strategii rozwiązywania problemów społecznych).
2. Wystąpienie do władz gminy z projektem uchwały w sprawie przyjęcia narzędzia pracy pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci „Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa”.
3. Osoba zarządzająca instytucją wdrażającą na tym etapie powinna przeprowadzić procedurę zmian organizacyjnych w swojej jednostce, np. poprzez:

* powołanie grupy osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych części Modelu,
* ustalenie porozumień z pracownikami w sprawie zmiany warunków płacy   
  i pracy,
* ustalenie zakresów czynności pracowników,
* wprowadzenie zmian w regulaminie pracy Ośrodka Pomocy Społecznej   
  w częściach dotyczących zakresu czynności.

**Wzory dokumentów, które można wykorzystać podczas tworzenia ram prawnych dla działania Modelu stanowią załączniki do niniejszego Podręcznika**

1. [PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA ZMIAN W „STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH”](#_Projekt_uchwały_Rady) – załącznik nr 5.1.2.
2. [PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA NARZĘDZIA PRACY PRACOWNIKA OPS W POSTACI: MODELU PRACY Z RODZINĄ DOTKNIĘTĄ PROBLEMEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA”](#_Projekt_uchwały_Rady_1) – załącznik nr 5.1.3.
3. [WZÓR ZARZĄDZENIA W SPRAWIE ZMIANY REGULAMINU PRACY OŚRODKA](#_Wzór_zarządzenia_w) – załącznik   
   nr 5.1.4.
4. [PROJEKT POROZUMIENIA ZMNIEJAJĄCEGO WARUNKI PRACY I PŁACY PRACOWNIKÓW ZAANGAŻOWANYCH W REALIZACJĘ MODELU](#_Wzór_porozumienia_z) wraz z załącznikiem określającym zakres zadań w zadaniowym systemie czasu pracy – załącznik nr 5.1.5.
5. [WZORY ANEKSÓW DO ZAKRESU CZYNNOŚCI PRACOWNIKÓW W MODELU](#_Wzór_aneksu_do) – załączniki   
   nr 5.1.7. i 5.1.8.

1. **Przygotowanie projektów niezbędnych dokumentów**

Na tym etapie instytucja wdrażająca powinna przygotować projekty umów   
o współpracy, które zostaną skonsultowane z zaproszonymi partnerami i – w razie konieczności – zmodyfikowane. Dokumentacja wykorzystywana w Modelu to także kwestionariusze i inne narzędzia, które będą służyły pracownikom w pracy z rodzinami   
– wywiady, narzędzia diagnozy, narzędzia opisu współpracy, kwestionariusze pomocne   
w opracowaniu indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz narzędzia ewaluacji. Model zawiera także gotowe propozycje wzorów dokumentów oraz rekomendacje dotyczące stosowania narzędzi ogólnodostępnych. Instytucja wdrażająca może dostosować proponowaną dokumentację do swoich potrzeb. Może także wykorzystać w realizacji Modelu własne, sprawdzone rozwiązania.

**[SZABLONY NARZĘDZI](#_Wykaz_narzędzi_wykorzystywanych)**[,](#_Wykaz_narzędzi_wykorzystywanych) które można wykorzystać w pracy z rodzinami, znajdują się   
w rozdziale 5.2 podręcznika.

1. **Stworzenie sieci wsparcia – nawiązanie współpracy z lokalnymi instytucjami. Podpisanie porozumień i umów określających zakres współpracy z partnerami, dotyczących wspólnych działań na rzecz rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa. Stworzenie katalogu aktualnie dostępnych zasobów oraz usług.**

Model opiera swoje funkcjonowanie na zdolności do stworzenia więzi i współdziałania z innymi instytucjami – potencjalnymi partnerami. Zakłada się, że potencjalni lokalni partnerzy funkcjonują w środowisku społecznym i często w odosobnieniu realizują odrębne, jednak wciąż nakierowane na wsparcie rodzin, cele. Realizacja zadań przez poszczególne instytucje równolegle, bez stworzenia płaszczyzny interdyscyplinarnej współpracy, negatywnie wpływa na długofalowe efekty, w szczególności w przypadku rodzin z tak zwanymi sprzężonymi dysfunkcjami. Sieć interdyscyplinarnego wsparcia umożliwia realizację zadań z uwzględnieniem efektu synergii. Z punktu widzenia idei Modelu, współdziałanie potencjalnych, lokalnych partnerów ma zostać określone w ramach wspólnie uzgodnionych celów i wspólnie zaplanowanych działań – na rzecz konkretnych rodzin i osób. Budowanie partnerstwa w praktyce przyjętego rozwiązania rozpoczyna się już na etapie diagnostycznym – poprzedzając decyzję o wdrożeniu Modelu. Zbieranie informacji niezbędnych do stworzenia analizy strategicznej (SWOT) jest początkiem współdziałania i poznania wzajemnego potencjalnych partnerów, co na etapie tworzenia sieci wsparcia powinno zaowocować sformalizowaniem więzi i określeniem zasad partnerstwa.

**Kiedy można mówić o partnerstwie w Modelu?**

* Model posiada lidera partnerstwa – w tym przypadku liderem jest Jednostka Organizacyjna Pomocy Społecznej
* Partnerzy uczestniczą w realizacji projektu na każdym jego etapie, co oznacza również wspólne zarządzanie działaniami w ramach Modelu
* Występuje adekwatność udziału partnerów, co oznacza odpowiedni udział partnerów   
  w realizacji projektu (wniesienie zasobów ludzkich, organizacyjnych, technicznych   
  lub finansowych odpowiadających realizowanym zadaniom)
* Partnerzy nie są wobec siebie w podległości instytucjonalnej
* Zawarta jest pisemna umowa lub porozumienie partnerów, określająca podział zadań   
  i obowiązków pomiędzy partnerami

Pierwsze działanie w procesie tworzenia sieci wsparcia powinno stanowić: opracowanie planu działań w zakresie budowania lokalnego partnerstwa (łącznie z harmonogramem i budżetem) opartego na zasobach instytucji inicjującej partnerstwo.

Zadanie to – na etapie wdrożenia Modelu - powinien już przeprowadzić specjalista ds. sieci wsparcia przy udziale osób najlepiej znających lokalne uwarunkowania, tj. pracowników socjalnych i asystentów rodzin pracujących na terenie objętym działaniami Modelu. Działanie to jest pierwszym etapem tworzenia sieci współpracy, warunkuje formę i zakres kolejnych działań związanych z uruchomieniem sieci współpracy. Planowany czas realizacji zadania to jeden miesiąc (trzy spotkania wewnętrzne). Rekomendowany plan działań w zakresie budowania partnerstwa powinien zawierać następujące elementy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Krótki opis działania | Planowany czas realizacji | Rezultat | Osoba odpowie-dzialna |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

Kluczowi partnerzy, z którymi należy podjąć rozmowy na temat budowania sieci współpracy na rzecz rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa lub nim zagrożonych, to:

1. samorządy gminne lub władze powiatowe – ich rolą jest udział w identyfikowaniu potrzeb społecznych, wspieranie podległych im instytucji rynku pracy i pomocy społecznej w rozwijaniu współpracy, informowanie i promowanie, koordynowanie współpracy instytucji samorządowych (edukacyjnych, ochrony zdrowia, kulturalnych, itd.) w zakresie potrzebnym dla skutecznego wsparcia rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa;
2. Powiatowy Urząd Pracy (PUP), którego rola polega przede wszystkim na kwalifikowaniu osób do korzystania z usług oferowanych przez sieć oraz oferowaniu usług wspierających aktywizację społeczno-zawodową mieszczących się w sferze kompetencji PUP i realizowanych m.in. za pośrednictwem organizacji pozarządowych;
3. szkoły i inne placówki edukacyjne – szkoły i przedszkola dysponują wiedzą na temat funkcjonowania dzieci w środowisku rówieśniczym, osiągnięć edukacyjnych, deficytów rozwojowych dzieci i młodzieży uczęszczających do placówek; są – między innymi   
   – organizatorami zajęć rozwojowych, wyrównujących szanse edukacyjne;
4. podmioty działające w obszarze aktywizacji i reintegracji społecznej (np. świetlice środowiskowe, grupy wsparcia, organizacje wspierające osoby niepełnosprawne itd.) – posiadają wiedzę o rodzinach doświadczających ubóstwa, ale funkcjonujących poza systemem pomocy społecznej, będą w stanie zapewnić wsparcie uzupełniające   
   w stosunku do działań ośrodka pomocy społecznej, np. grupy samopomocowe, grupy wsparcia, zajęcia dla dzieci i młodzieży;
5. podmioty działające w obszarze zagospodarowania czasu wolnego, rozwoju pasji   
   i zainteresowań (biblioteki, kluby sportowe, organizacje kulturalne, ośrodki kultury)   
   – oferują szeroką gamę zajęć kierowanych przede wszystkim do dzieci i młodzieży,   
   w zależności od lokalnych uwarunkowań mogą również być realizatorami zajęć profilaktycznych, integracyjnych;
6. inne podmioty realizujące działania w zakresie aktywizacji zawodowej (np. OHP, organizacje pozarządowe, kluby pracy) – ich zadaniem będzie uzupełnienie oferty Powiatowego Urzędu Pracy, np. w zakresie organizacji szkoleń zawodowych, pośrednictwa w organizacji staży czy praktycznej nauki zawodu;
7. zrzeszenia przedsiębiorców i/lub rzemieślników – przedstawiciele lokalnych przedsiębiorców i usługodawców mają wiedzę dotyczącą realnego popytu na określone zawody, wiedzą jakie umiejętności i kompetencje są poszukiwane na lokalnym rynku pracy.

**Rekomendacja**

Ustalając listę podmiotów i podejmując współpracę w ramach sieci należy wziąć pod uwagę potrzeby i oczekiwania rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa, które są nie tylko odbiorcami wsparcia, ale również uczestniczą w jego kształtowaniu poprzez: artykułowanie potrzeb własnych i ocenę oferowanego przez sieć wsparcia oraz formułowanie wniosków i propozycji na podstawie własnego doświadczenia  
z korzystania ze wsparcia.

Organizowanie i prowadzenie spotkań informacyjnych to zadanie specjalisty ds. sieci wsparcia. Na wstępie powinien on zadbać o odpowiednie sformułowanie zaproszenia do wybranych w wyniku autodiagnozy instytucji, organizacji pozarządowych, firm czy innych podmiotów istotnych dla działalności sieci. Aby zachęcić do udziału i pokazać znaczenie sieci dla lokalnej społeczności warto zadbać o poparcie działań ze strony prezydenta, burmistrza czy wójta, np. w formie zaproszenia na pierwsze spotkanie podpisanego właśnie przez prezydenta, burmistrza czy wójta lub listu intencyjnego dołączanego do zaproszenia na spotkanie informacyjne. Zaproszenie na pierwsze spotkanie powinno być skierowane do kadry zarządzającej danego podmiotu, do udziału w kolejnych spotkaniach delegowana jest osoba wybrana odpowiednio do zakresu i form planowanej współpracy. Na spotkaniu informacyjnym należy pokrótce przedstawić założenia Modelu oraz przedstawić korzyści płynące z uczestnictwa w sieci, zarówno z perspektywy instytucji, organizacji czy firm, jak i lokalnej społeczności (udział w zmniejszeniu skali ważnego problemu społecznego, jakim jest dziedziczenie ubóstwa). Część spotkania warto poświęcić na dyskusję o formach, możliwościach uczestnictwa w sieci czy formach zaangażowania przedstawicieli podmiotów. Pozwoli to na zmniejszenie ewentualnych obaw związanych z celowością przedsięwzięcia i jego jakością. Osobom zainteresowanym warto przekazać poradniki dotyczące wdrażania Modelu. Spotkanie powinno odbywać się w miejscu, do którego jest łatwy dojazd, również środkami komunikacji miejskiej. Warto zadbać o dostępność pomieszczenia dla osób niepełnosprawnych czy starszych. W zależności od liczby podmiotów planowanych do zaangażowania w działania sieci należy przeprowadzić jedno lub kilka spotkań informacyjnych. Optymalna liczba uczestników spotkania to 15-20 osób.

Zawarcie umowy o współpracy oznacza, że partnerzy Modelu osiągnęli porozumienie   
co do wspólnych celów i zakresu współdziałania. Porozumienie/umowa o współpracy musi precyzować, do czego zobowiązują się podpisujący umowę. Są to najistotniejsze jej postanowienia – powinny jasno i jednoznacznie określać zobowiązania obu stron. Jednocześnie zakłada się, że wraz ze zdiagnozowaniem określonych deficytów w zakresie form wsparcia (usług), które dzięki współpracy oraz wykorzystaniu potencjału różnych partnerów mogłyby być realizowane, możliwe będzie zawieranie porozumień wielostronnych. Kształt i treść tych porozumień będzie już wynikać wprost z ustaleń   
i zakresu uzgodnionej współpracy.

**Umowa partnerska powinna zawierać co najmniej:**

* cel partnerstwa;
* zadania i obowiązki partnerów w związku z realizacją Modelu;
* zasady komunikacji i przepływu informacji w partnerstwie (w tym wskazanie osób   
  do kontaktu).

**W zależności od potrzeb i zakresu współpracy, warto również zadbać   
o ustalenie:**

* zasad dotyczących przekazywania informacji (np. o odbiorcach usług);
* zasad udostępniania posiadanych zasobów majątkowych (np. lokalu, sprzętu komputerowego, itp.);
* zasad udostępniania usług (np. pracownikom podmiotu, wolontariuszom).

Zadanie wypracowania porozumień partnerskich lub porozumień o współpracy spoczywać będzie na specjaliście ds. sieci wsparcia (S).

**[WZÓR POROZUMIENIA/UMOWY O WSPÓŁPRACY](#_Wzór_porozumienia_partnerskiego/umo)** *zawiera załącznik nr 5.1.1. do podręcznika.*

W rezultacie powstanie sieć wsparcia na rzecz rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa.

Sieć będzie platformą współpracy mającą na celu dostarczenie kompleksowej   
i wysokiej jakości usługi na rzecz rodzin dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa lub nim zagrożonych. Współpraca polegać będzie przede wszystkim na wymianie informacji od każdego z partnerów przydatnych do tworzenia tej usługi dla jej odbiorców oraz na podejmowaniu wspólnych działań w ramach realizacji indywidualnych projektów socjalnych.

Porozumienie o współpracy musi precyzować, do czego zobowiązują się podpisujący umowę. Postanowienia ujęte w dokumencie powinny jasno i jednoznacznie określać zobowiązania obu stron.

Rozpoznanie zasobów indywidualnych oraz społecznych, możliwych do wykorzystania w procesie wsparcia rodzin to kolejny, niezbędny etap przygotowujący do wdrożenia Modelu. Celem rozpoznania zasobów jest między innymi stworzenie narzędzi, które na etapie realizacji działań posłużą realizatorom modelowych działań do zbudowania zindywidualizowanej oferty wsparcia dla rodzin. Narzędziami tymi są pakiet usług oraz informatorium.

Pakiet usługto praktyczne narzędzie pracowników realizujących działania w ramach Modelu, zawierający spisany zbiór różnorodnych, uporządkowanych, przydatnych rodzajów wsparcia – usług. Usługi mogą być realizowane przez ośrodek pomocy społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, powiatowy urząd pracy, inne jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą. Usługi mogą być prostymi działaniami, składającymi się z pojedynczej czynności, lub usługami złożonymi, w ramach których realizowanych jest więcej działań, wzajemnie ze sobą powiązanych, realizujących wspólny cel i kierowanych do rodzin zagrożonych problemem dziedziczonej bezradności.

W ramach działań standaryzujących system pomocy społecznej zaproponowano wprowadzenie pakietów usług, które umożliwią profesjonalne wsparcie i wspomaganie rodzin i ich poszczególnych członków w przezwyciężaniu zdiagnozowanych problemów oraz wydobycie istniejących sił w procesie poprawy ich sytuacji.

Prace nad pakietem usług prowadzi specjalista ds. sieci wsparcia w porozumieniu   
z pracownikiem socjalnym (informacje odnośnie do potrzeb rodzin z terenu objętego działaniami modelu).

Bazą do przygotowania lokalnego pakietu usług powinny być pakiety usług będące elementem „Standardów w pomocy”[[1]](#footnote-1):

* pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób pozostających bez pracy;
* pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób starszych;
* pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin;
* pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla rodziny doświadczającej przemocy

w rodzinie;

* pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla rodziny z dziećmi.

Pakiety te zawierają kompleksowe informacje o usługach, które mogą być świadczone na rzecz wskazanych powyżej grup docelowych.

Standardy zakładają budowę pakietów w odniesieniu do różnych grup, w tym między innymi osób starszych, osób poszukujących pracy, niepełnosprawnych, rodzin z dziećmi. W rodzinach dotkniętych bądź zagrożonych dziedziczonym ubóstwem występuje szereg często sprzężonych problemów. Oznacza to, iż pakiet usług opracowywany w ramach Modelu, powinien uwzględniać potrzeby wszystkich grup zagrożonych – niezależnie od wieku.

Prace nad pakietem usług skierowanych do rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa powinny przebiegać dwuetapowo:

I . Z zasobów usług pomocy i integracji społecznej specjalista ds. sieci wsparcia wraz z pracownikiem socjalnym, tworzy pakiet usług, który może być przydatny we wspieraniu rodzin w przerywaniu procesu dziedziczenia ubóstwa.

II . W ramach indywidualnych spotkań specjalisty ds. sieci wsparcia z potencjalnymi członkami sieci, pakiet usług zostanie urealniony pod kątem możliwości realizacji poszczególnych usług zgodnie z dostępnymi zasobami lokalnymi.

Lokalny pakiet usług powinien zostać wypracowany przez specjalistę ds. sieci wsparcia, przy użyciu metod diagnozowania lokalnych społeczności, np. lokalnej mapy zasobów i potrzeb.

|  |
| --- |
| Więcej informacji na temat metod pracy z lokalną społecznością, w tym o metodach diagnozowania lokalnych społeczności można znaleźć na stronie internetowej poświęconej organizowaniu społeczności lokalnej, pod adresem [<http://www.osl.org.pl/repozytorium-plikow/>]. |

W jakiej formie opracować pakiet usług? Opracowane w ramach standardów pakiety usług dla różnych grup klientów są znormalizowane i przedstawione w formie tabelarycznej. Rekomenduje się, aby pakiet usług opracowywany przez instytucje współrealizujące założenia Modelu w danej gminie był podobnie sformatowany.

Rekomendowanym, powszechnie dostępnym narzędziem pomocnym w stworzeniu pakietu usług jest program Excel pakietu Office. W kolumnach pierwszego wiersza, kolejno znajdują się kategorie istotne z punktu widzenia użytkowników pakietu:

1. Nazwa usługi;
2. Odbiorcy usługi;
3. Rodzaj usługi (profilaktyczna, aktywizująca, interwencyjna);
4. Obszar realizacji usługi;
5. Opis usługi;
6. Informacja czy usługa proponuje wsparcie towarzyszące, np. opiekę nad dziećmi;
7. Organizator usługi – nazwa instytucji;
8. Informacja o kosztach usługi;
9. Informacja o dostępności;
10. uwagi – dodatkowe, ważne informacje (np. informacje kontaktowe z instytucjami).

W jednym arkuszu Excel pakietu usług mogą zostać umieszczone wszystkie instytucje świadczące usługi na terenie gminy / powiatu (w tym instytucje współpracujące z Ośrodkiem w ramach Modelu). W programie Excel osoby użytkujące pakiet usług mogą w prosty sposób wyszukiwać instytucje lub usługi wykorzystując narzędzie filtrowania. Wyszukiwanie (filtrowanie) można zastosować w odniesieniu do każdej z kategorii wskazanych w pierwszym wierszu pakietu usług.

Poniżej przedstawiono przykład pakietu zawierającego usługi skierowane do różnych członków rodziny.

* **Przykład pakietu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa usługi** | **Odbiorcy usługi** | **Usługa: Profilaktyczna Aktywizująca Interwencyjna** | **Obszar realizacji usługi** | **Opis usługi** | **Wsparcie towarzyszące** | **Organizator Usługi** | **Koszt usługi** | **Dostępność** | **UWAGI** |
| 1 | Warsztaty umiejętności rodzicielskich „Szkoła dla rodziców” | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A | Rozwój kompetencji społecznych | Cykl 15 spotkań, po 2,5 godziny każde, poświęcone edukacji w zakresie wypełniania ról rodzicielskich. | Zapewniona opieka dla dzieci | WPWD Dziupla | Nieodpłatnie | Dostępna | Edycje uruchamiane w III i X |
| 2 | Poradnictwo zawodowe | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A/I | Poradnictwo specjalistyczne | Doradztwo w zakresie doboru właściwej ścieżki rozwoju oraz w rozwiązywaniu problemów zawodowych. | Nie dotyczy | PUP | Nieodpłatnie | Dostępna | Indywidu-alne i grupowe |
| 3 | Poradnictwo specjalistyczne | Osoby dotknięte przemocą w rodzinie i rodziny z problemem alkoholowym. | I | Poradnictwo specjalistyczne | Punkt konsultacyjny prowadzi działalność dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie i rodzin z problemem alkoholowym. Usługi Punktu przeznaczone są dla mieszkańców Gminy Wodzisław Śląski i świadczone są bezpłatnie. | Nie dotyczy | OPS | Nieodpłatnie | Dostępna |  |

* Pakiet usług uwzględniający specyfikę zdegradowanej dzielnicy poprzemysłowej / obszaru pogórniczego oraz sytuację rodziny objętej wsparciem

Czynnikami, które brane są pod uwagę w tworzeniu pakietu wszystkich usług dostępnych na danym terytorium (w tym przypadku obszaru pogórniczego) są obszary problemowe określone na etapie diagnozy środowiskowej. Diagnoza środowiskowa obszaru pogórniczego ukazała następujące problemy:

* zamknięcie dużego pracodawcy w okolicy (kopalnia, huta, zakład produkcyjny), zatrudniającego wcześniej nawet do kilku tysięcy pracowników;
* odejście z dzielnicy „innych przedsiębiorców” – skupionych wcześniej wokół dużego, zamkniętego już zakładu;
* zanik centrum aktywności społecznej finansowanego przez zakład, znikła infrastruktura kulturalna (kluby, świetlice itp.);
* występowanie w rodzinach byłych pracowników zakładu problemów społecznych (bezrobocie wynoszące ponad 40% mieszkańców dzielnicy, rezygnacja z aktywnej postawy na rynku pracy, problem alkoholowy, ubóstwo, wykluczenie edukacyjne, przemoc domowa, przestępczość, wzrost postaw roszczeniowych, duży odsetek rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, wzrost zależności finansowej mieszkańców od świadczeń pomocy społecznej, hermetyczność, niechęć do nawiązywania współpracy na rzecz poprawy swojej sytuacji, przerzucanie odpowiedzialności na instytucje, niskie kompetencje opiekuńczo-wychowawcze rodziców);
* występowanie wśród mieszkańców dzielnicy, będących w wieku aktywności zawodowej, problemów stanowiących barierę w aktywizacji (niskie wykształcenie, brak umiejętności zawodowych, brak umiejętności poruszania się po rynku pracy, niska samoocena, brak motywacji do podjęcia pracy, pogłębiająca się bezradność, trudności w pełnieniu ról, obciążenia związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, opieką i wychowaniem dzieci przez tylko jednego z rodziców);
* negatywna ocena dzielnicy przez jej mieszkańców;
* niechęć mieszkańców do angażowania się w sprawy dzielnicy;
* degradacja infrastruktury poprzemysłowej i wyludnienie dzielnicy;
* funkcjonujący model tradycyjnej rodziny robotniczej (pracujący zawodowo mężczyzna i zajmująca się domem żona);
* wchodząca na rynek pracy młodzież, która nie ma określonego celu zawodowego i nie posiada wiedzy o skutecznym poszukiwaniu zatrudnienia;
* słabo rozwinięty transport, komunikacja. Izolacja komunikacyjna dzielnicy.

Pakiet, będący w dyspozycji specjalisty do spraw sieci wsparcia i pracownika socjalnego, powinien zatem zawierać usługi wynikające z diagnozy i odpowiadające na potrzeby mieszkańców danego obszaru. W tym przypadku będą to usługi aktywizujące dorosłych na rynku pracy, wpływające na integrację społeczną mieszkańców, aktywizujące dzieci, młodzież oraz osoby starsze i niepełnosprawne, ułatwiające dostęp do dóbr (edukacji, rekreacji, kultury), zwiększające aktywność i zaangażowanie mieszkańców na rzecz dzielnicy, wpływające na poprawę mobilności mieszkańców.

Wyposażony w tak skonstruowany pakiet usług oraz diagnozę sytuacji rodziny specjalista ds. sieci wsparcia współtworzy z pracownikiem socjalnym koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera pracownika socjalnego w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego. Celem specjalistów pracujących z rodziną jest takie dobranie usług zawartych w pakiecie, aby jak najlepiej służyły wsparciu konkretnej, omawianej rodziny.

Poniżej przedstawiono przykładowy pakiet usług, który może być wykorzystany w realizacji działań na rzecz rodziny, której sytuację przedstawiono poniżej.

*Dwie osoby dorosłe, pozostające bez zatrudnienia (byli pracownicy zakładu górniczego) oraz senior aktywny ruchowo w obrębie mieszkania. Pod opieką dorosłych jest trójka dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Jeden z dorosłych nadużywa alkoholu, po spożyciu jest agresywny wobec reszty domowników. Na jednego z rodziców przerzucony jest ciężar opieki nad dziećmi. Jedynym dochodem rodziny jest emerytura seniora. Nie wystarcza ona na zaspokojenie potrzeb całej rodziny. Rodzic niepijący nie zgłasza gotowości do poszukiwania i podjęcia pracy z uwagi na problemy domowe   
i konieczność opieki nad dziećmi. Rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej.*

* **Przykład dostępnego pakietu usług uwzględniającego wyżej wymienioną specyfikę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa usługi** | **Odbiorcy usługi** | **Usługa: Profilaktyczna Aktywizująca Interwencyjna** | **Obszar realizacji usługi** | **Opis usługi** | **Wsparcie towarzyszące** | **Organizator Usługi** | **Koszt usługi** | **Dostępność** | **UWAGI** |
| 1. | Praca socjalna | Osoby i rodziny które nie są w stanie samodzielnie pokonać trudnych sytuacji życiowych | P/A/I | Poradnictwo specjalistyczne | Praca socjalna obejmuje wszystkie niezbędne i możliwe w danej sytuacji formy pomocy z zakresu profilaktyki, ratownictwa, opieki, kompensacji wobec rodziny. Jest działaniem ukierunkowanym na poprawę kondycji psychicznej, zażegnanie poczucia bezsilności życiowej i rozwijanie umiejętności w prawidłowym pełnieniu ról rodzicielskich. | Nie dotyczy | MOPS | Nieodpłatnie | Dostępna |  |
| 2. | Asystent rodziny | Osoby i rodziny które nie są w stanie samodzielnie pokonać trudnych sytuacji życiowych | P/A/I | Poradnictwo specjalistyczne | Bezpośrednia pomoc rodzinie w jej środowisku domowym. Przezwyciężenie trudności i poprawa funkcjonowania rodziny, szczególnie w sferze opiekuńczo-wychowawczej pozwalająca na bezpieczny i prawidłowy rozwój dzieci.  Towarzyszenie rodzinie, wspieranie jej i pomoc w zrozumieniu przyczyn jej kłopotów (diagnoza). Pomoc w miejscu zamieszkania rodziny mająca na celu nabycie przez rodzinę umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego w zakresie budżetu, żywienia oraz higieny osobistej. | Nie dotyczy | WPWD Dziupla | Nieodpłatnie | Dostępna | Usługa przyznawana na podstawie postanowienia sądu lub skierowania przez pracownika socjalnego MOPS |
| 3. | Wsparcie funkcji opiekuńczej rodziny poprzez placówkę wsparcia dziennego w formie specjalistycznej | Dzieci, młodzież w wieku szkolnym | P/A | Poradnictwo specjalistyczne  Rozwój kompetencji społecznych | Placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie specjalistycznej w szczególności:  1. Organizuje zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne. 2.Realizuje indywidualny program korekcyjny, program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, w szczególności terapię pedagogiczną, psychologiczną i socjoterapię. | Nie dotyczy | Świetlica Środowiskowa | Nieodpłatnie | Dostępna |  |
| 4. | Warsztaty umiejętności rodzicielskich „Szkoła dla rodziców” | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A | Rozwój kompetencji społecznych | Cykl 15 spotkań, po 2,5 godziny każde, poświęcone edukacji w zakresie wypełniania ról rodzicielskich. | Zapewniona opieka dla dzieci | WPWD Dziupla | Nieodpłatnie | Dostępna | Edycje uruchamiane w III i X |
| 5. | Wsparcie dzienne w organizacji czasu wolnego | Dzieci, młodzież w wieku szkolnym  Osoby starsze | P/A | Rozwój kompetencji społecznych  Edukacja | Dom kultury prowadzi działalność kulturalno –oświatową, organizuje czas wolny dzieci, młodzieży, osób starszych i organizują akcje edukacyjne. | Nie dotyczy | Wodzisławskie Centrum Kultury | Częściowo odpłatne. Część usług nieodpłatnie | Dostępna |  |
| 6. | Poradnictwo zawodowe | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A/I | Poradnictwo specjalistyczne | Doradztwo w zakresie doboru właściwej ścieżki rozwoju oraz w rozwiązywaniu problemów zawodowych. | Nie dotyczy | PUP | Nieodpłatnie | Dostępna | Indywidu-alne i grupowe |
| 7. | Poradnictwo specjalistyczne | Osoby dotknięte przemocą w rodzinie i rodziny z problemem alkoholowym. | I | Poradnictwo specjalistyczne | Punkt konsultacyjny prowadzi działalność dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie i rodzin z problemem alkoholowym. Usługi Punktu przeznaczone są dla mieszkańców Gminy Wodzisław Śląski i świadczone są bezpłatnie. | Nie dotyczy | OPS | Nieodpłatnie | Dostępna |  |
| 8. | Usługi opiekuńcze świadczone w ośrodkach wsparcia dziennego pobytu | Osoby starsze | P/A | Czas wolny  Poradnictwo specjalistyczne  Zapewnienie wyżywienia | Dzienny Dom Pomocy Społecznej Oferuje: wyżywienie obejmujące śniadania i obiady dwudaniowe; zajęcia z instruktorem terapii zajęciowej; możliwość rozwijania swoich pasji plastycznych, rękodzielniczych, muzycznych, czytelniczych, ogrodniczych, teatralnych; możliwość skorzystania z kąpieli i pralni; pomoc w załatwianiu spraw osobistych i urzędowych oraz wsparcie psychologa i personelu medycznego. | Posiłki mogą być dowożone do domu | DDPS | Nieodpłatnie | Dostępna | pobyt od poniedziałku do piątku w godz. 7:30 – 15:30 |

**Rekomendacja**

* Rekomenduje się, aby w pracach nad rozpoznaniem zasobów i tworzeniem pakietu usług brały udział wszystkie podmioty zaproszone do współpracy. Niezwykle pomocne w tworzeniu bazy usług może być wykorzystanie danych zawartych w ocenie zasobów pomocy społecznej, którą corocznie gminy, powiaty oraz samorządy województw zgodnie z art.16a ust. 1 ustawy z dnia12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 ze zmianami), mają obowiązek przygotowania.
* Rekomenduje się także, aby pracownikiem koordynującym prace nad tworzeniem pakietu usług był specjalista do spraw sieci wsparcia.
* Rekomenduje się aby pracownik ds. sieci wsparcia poinformował przedstawicieli instytucji współpracujących o zasadach dostępu do zawartych w nim danych, korzystania z nich oraz aktualizacji.
* Rekomenduje się, aby pakiet usług był aktualizowany. Aktualizacja rozumiana jest jako: usuwanie usług nierealizowanych, np. w wyniku zmiany przepisów prawa; uwzględnianie realizacji nowych usług oferowanych przez instytucje; uwzględnianie nowych usług realizowanych na przykład w sąsiedztwie lub usług samopomocowych. Aktualizacja i weryfikacja usług w pakiecie odbywa się na zasadach ustalonych przez dany Ośrodek oraz instytucje współpracujące z Ośrodkiem. Rekomenduje się, aby aktualizacja pakietu usług przebiegała nie rzadziej niż raz na rok oraz na bieżąco, w przypadku uruchomienia usługi wcześniej nierealizowanej lub zaprzestania jej świadczenia.
* Coroczną aktualizację i sprawdzanie dostępności usług można powierzyć osobom zatrudnionym w instytucji wdrażającej Model w ramach wolontariatu.
* Gromadzone w formie pakietu usług dane są udostępniane w wersji elektronicznej wszystkim instytucjom współpracującym w ramach Modelu.
* Każdy pracownik socjalny Ośrodka realizującego Model oraz pracownicy współpracujących instytucji zaangażowani we współpracę powinni mieć stały dostęp do (elektronicznej) zaktualizowanej wersji pakietu usług.

Informatorium ma formę czytelnego informatora (również w wersji elektronicznej) zawierającego wykaz instytucji mogących wesprzeć rodziny zagrożone dziedziczonym ubóstwem. Informator powinien zawierać wykaz i dane adresowe instytucji działających   
w danej gminie i powiecie (m.in. instytucje rynku pracy, instytucje dialogu społecznego, instytucje partnerstwa lokalnego) i innych organizacji kierujących działania na rzecz rodzin objętych wsparciem. W informatorium mogą być także gromadzone i udostępniane inne dane, na przykład ułatwiające osobom i rodzinom poruszanie się na rynku pracy (wykaz aktywnych metod poszukiwania pracy, lista stron tematycznych portali internetowych, informacje o możliwościach zamieszczenia bezpłatnych ogłoszeń prasowych, informację   
o archiwach państwowych). Informatorium może zawierać i gromadzić wszelkie informacje o prawach i uprawnieniach oraz dostępnych formach pomocy z obszaru pomocy społecznej, zatrudnienia, edukacji, zdrowia, a także pełną ofertę w obszarze aktywności pozaszkolnej dzieci i młodzieży. Informatorium powinno być aktualizowane co najmniej raz na pół roku. Informatorium, jako podręczna i aktualna mapa zasobów środowiska lokalnego, może być z powodzeniem wykorzystywane w bieżącej pracy wszystkich pracowników „pierwszego kontaktu”, pracujących w ramach Modelu oraz poza Modelem.

* **Jak opisać informatorium?**

Forma graficzna informatorium nie jest narzucona. Instytucja wdrażająca Model sama decyduje o szacie graficznej i formie przedstawienia danych. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które stosują już w swojej praktyce usługę informacyjną, zwykle dzielą dane zawarte w informatorium, stosując odrębne tabele tematyczne, np. część I, dotyczącą aktywizacji zawodowej, część II, dotyczącą bezpłatnych porad prawnych, część III, dotyczącą oferty edukacyjnej i rozwojowej dla dzieci. Schemat opisu informacji   
w informatorze powinien zawierać co najmniej nazwę instytucji, dane teleadresowe oraz informacje o zakresie świadczonej pomocy i usługach realizowanych przez dany podmiot.

Poniżej dwa przykłady ukazania danych w informatorium.

* **Informatorium – przykład pierwszy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **INSTYTUCJA**  *(Pełna nazwa instytucji)* | **DANE ADRESOWE**  *(Adres siedziby gdzie świadczone są usługi, numery telefonów, adres mailowy, strona internetowa instytucji)* | **UWAGI**  *(Informacje o zakresie świadczonej pomocy lub usług, opis działalności, dostępność instytucji – godziny otwarcia, warunki korzystania, wymagania wobec osób korzystających)* |
| 1. | **POWIATOWY URZĄD PRACY  W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM** | 44 -300Wodzisław Śląski,  ul. Michalskiego 12  Tel: 32 459 29 80  sekretariat@pup-wodzislaw.pl  www.wodzislawslaski.praca.org.pl | PUP świadczy usługi w formie: doradztwa zawodowego, pośrednictwa pracy w Polsce i za granicą, wsparcie  w aktywnym poszukiwaniu pracy, organizacji szkoleń, aktywizacji zawodowej.  Oferty pracy udostępniane na stronie internetowej PUP, telefonicznie lub  w siedzibie PUP.  W przypadku udostępniania ofert pracy nie ma konieczności zarejestrowania się.  Godziny otwarcia: 7:00 – 15:00 |
| 2. | **inne instytucje** |  |  |

* **Informatorium– przykład drugi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa zajęć** | **Organizator** | **Miejsce** | **Data  i godzina** | **Do kogo skierowane?** | **Kontakt telefoniczny** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

## **Etap organizacyjny B – przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu**

**II ETAP - ORGANIZACYJNY**

1. **PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI DO WDROŻENIA MODELU**
2. Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji wdrażającej Model 🠚 zmiana regulaminu organizacyjnego, struktury organizacyjnej, opracowanie zakresów czynności;
3. Wyłonienie pracowników zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji pracownika socjalnego (PS) i specjalisty ds. sieci wsparcia (S);
4. Zorganizowanie i przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla kadry projektu (szkolenia wdrażające do projektu i tematyczne);
5. Ustalenie listy rodzin, którym zostanie zaproponowany udział w projekcie (analiza dokumentacji, stworzenie wstępnej listy rodzin).
6. **Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji wdrażającej Model**

Na tym etapie osoby zarządzające instytucją wdrażającą podejmują decyzję dotyczącą zastosowania lub odrzucenia rekomendowanych rozwiązań w zakresie oddzielenia przyznawania i wypłacania świadczeń od realizacji przez pracownika socjalnego zadań w ramach Modelu. Należy także podjąć decyzję o powołaniu i umiejscowieniu specjalnej komórki lub zespołu, który będzie zajmował się realizacją zadań w ramach Modelu. Komórka/zespół może funkcjonować zarówno jako samodzielna jednostka, jak również podlegać istniejącemu działowi/referatowi. Rekomenduje się umiejscowienie powołanej struktury w pionie podlegającym osobie zarządzającej pracownikami socjalnymi (kierownik działu lub bezpośrednio kierownik ośrodka). Na zespół realizatorów Modelu składać się będą pracownicy socjalni (PS) – case managerzy – zarządzający pracą z poszczególnymi rodzinami oraz specjaliści ds. sieci wsparcia (S) – realizujący działania środowiskowe, a także koordynujący prace na etapie interdyscyplinarnym, odpowiedzialni również za prace administracyjno-organizacyjną   
w ramach Modelu. Wyżej wymienieni specjaliści pełnią kluczową rolę w pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa w zaproponowanym Modelu.

Zasady współpracy pomiędzy pracownikiem socjalnym a specjalistą prezentuje schemat nr 2.

Schemat 2. Tworzenie lokalnej sieci wsparcia.

**O P S**

**realizator Modelu**

**specjaliści zewnętrzni**

* współpraca ze specjalistą ds. sieci w budowaniu pakietów usług
* współpraca z pracownikiem socjalnym we wspieraniu rodziny –   
  udział w Zespołach Interdyscyplinarnych ds. Rodziny

**specjalista ds. sieci wsparcia**

**pracownik socjalny**

**wspieranie rodziny**

* prowadzenie sieciowej pracy socjalnej (*Case Management*)*,*
* prowadzenie systemowej pracy socjalnej (Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny)

**tworzenie lokalnej sieci wsparcia**

* poszukiwanie sojuszników, budowanie partnerstw
* koordynacja działań partnerskich, w tym organizowanie i prowadzenie spotkań dotyczących zarządzania partnerstwem
* tworzenie pakietów usług przy wykorzystaniu zasobów lokalnych (potencjału partnerów)

**PARTNERZY**

**współpracownicy   
w realizacji Modelu**

**wspieranie rodziny**

* współpraca z pracownikiem socjalnym w tworzeniu sieci wsparcia dla rodziny przy wykorzystaniu pakietów usług
* organizowanie i prowadzenie Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny

*Źródło: opracowanie własne.*

Liczba pracowników socjalnych przewidzianych do pracy w ramach Modelu jest uzależniona od możliwości instytucji wdrażającej i dokonanej w tym zakresie analizy zasobów kadrowych. Z uwagi na zaproponowane w Modelu działania, zaleca się, aby pracę z maksymalnie 10 rodzinami objętymi wsparciem w ramach modelu prowadził jeden pracownik socjalny, zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy. Dodatkowo w celu skutecznej realizacji Modelu rekomenduje się, aby pracownik posiadał zadaniowy czas pracy.

**REKOMENDACJA**

Podczas przygotowywania instytucji do wprowadzenia zadaniowego czasu pracy dla pracownika socjalnego, zaleca się wykonanie następujących czynności:

* wydania zarządzenia przez Dyrektora/Kierownika JOPS w sprawie zmiany Regulaminu pracy;
* nawiązania umowy o pracę z zakresem czynności określającej zakres zadań   
  w zadaniowym systemie czasu pracy – w przypadku nowo zatrudnionego pracownika;
* zawarcia porozumienia zmieniającego warunki płacy i pracy – w przypadku pracownika zatrudnionego w jednostce organizacyjnej – oraz zawarcia porozumienia z pracownikiem określającego zakres zadań w zadaniowym systemie czasu pracy.

Wprowadzenie zadaniowego czasu pracy oparto na następujących założeniach:

* stałość zadań obejmujących czynności organizacyjne, zadania i czas niezbędny do ich wykonania dla stanowiska socjalnego pracującego w Modelu,
* systematyczność pracy w ramach Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa.

**Schemat 3. Zadaniowy czas pracy pracownika socjalnego.**

Tygodniowy czas pracy

**40 h**

**Czynności organizacyjne**

– stałe zadania wynikające z harmonogramu pracy, stanowiska pracy oraz regulaminu pracy

**Dodatkowe czynności**– doskonalenie własnego warsztatu pracy, w tym superwizja

**Praca z rodziną**

w ramach realizacji Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa

Analiza z realizacji zadaniowego czasu pracy PS obejmująca wszelkie zadania wykonywane zgodnie z Modelem, jak również w stosowanych na jego potrzeby dokumentach tj. diagnoza, wywiady, IPS, protokoły spotkań itp.

*Źródło: opracowanie własne*

Przy wprowadzeniu zadaniowego czasu pracy należy stosować się do wymogów umieszczonych w Kodeksie pracy oraz poniższych wytycznych:

* rozmiar powierzonych zadań musi być możliwy do wykonania w ramach wymiaru czasu pracy wynikającego z norm określonych w artykule 129 kp;
* wprowadzenie elastycznego systemu pracy, polegającego na zasadzie,   
  iż pracownik sam ustala gdzie i kiedy będzie wykonywał swoje obowiązki.

**Rekomendacja**

Zadaniowy czas pracy nie podlega rozliczeniu, zatem dla poprawnego i – co najważniejsze – pewnego rozliczenia czasu pracy w systemie zadaniowym wskazana jest praktyka polegająca na potwierdzaniu przez pracownika, po zakończeniu okresu rozliczeniowego, że zadania zostały wykonane zgodnie z planem i w rozmiarze odpowiadającym planowanemu czasowi pracy.

**[WZÓR POROZUMIENIA DOTYCZĄCEGO ZADANIOWEGO CZASU PRACY](#_Porozumienie_z_pracownikiem)** zawiera załącznik nr 5.1.6 do podręcznika.

Poniżej przedstawiono tabelę zawierającą listę osób reprezentujących instytucję wdrażającą, rekomendowanych do realizacji Modelu oraz do współpracy z realizatorami Modelu, a także proponowany zakres ich zadań.

Tabela 1. Rekomendowane zakresy zadań pracowników realizujących zadania   
w ramach Modelu z ramienia instytucji wdrażającej.

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko | Proponowany zakres zadań |
| Kierownik działu pomocy środowiskowej/  Kierownik nadzorujący pracę zespołu/komórki\* | * przygotowuje reorganizację instytucji na potrzeby wdrożenia Modelu * inicjuje i utrzymuje kontakty z instytucjami i organizacjami partnerskimi * na etapie budowania partnerstw uczestniczy w spotkaniach informacyjnych z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa. Uczestniczy  w spotkaniach poświęconych ustalaniu ram współpracy * przygotowuje porozumienia o współpracy w ramach Modelu * przedstawia władzom gminy potrzeby w zakresie realizacji Modelu * przygotowuje uchwałę dotyczącą działań gminy w zakresie wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa (lokalny program pomocy) * planuje wydatki oraz ich realizację zgodnie z planem finansowym instytucji wdrażającej Model * przeprowadza rekrutację osób do realizacji zadań w ramach projektu * przygotowuje zmiany w regulaminie organizacyjnym instytucji wdrażającej Model * przygotowuje zmiany w zakresie obowiązków pracowników rekrutowanych do realizacji zadań w ramach Modelu * organizuje dla pracowników szkolenia przygotowujące do realizacji Modelu oraz szkolenia podnoszące kompetencje merytoryczne * wdraża wzory dokumentów, kwestionariuszy i narzędzi przyjętych do wykorzystania przy realizacji Modelu * zatwierdza kartę oceny formalnej * dysponuje środkami finansowymi, otrzymanymi w ramach planu finansowego oraz pozyskanymi ze źródeł pozabudżetowych * nadzoruje i kontroluje prace pracowników socjalnych i specjalistów  ds. sieci wsparcia * dokonuje ewaluacji i przedkłada sprawozdania z realizacji Modelu |
| \*Proponowany zakres zadań może być rozdzielony pomiędzy kadrę różnych szczebli zarządzania, w zależności od potrzeb i specyfiki instytucji wprowadzających Model | |
| Pracownik socjalny  (PS) | * na etapie diagnozy środowiskowej ustala listę rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa, we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem/komórką realizującą Model * analizuje dokumentację (w tym Kartę oceny formalnej) pod kątem zakwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem * współtworzy i adaptuje wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach Modelu * uczestniczy w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz  w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne * nawiązuje kontakt z rodzinami spełniającymi kryteria dziedziczonego ubóstwa * nawiązuje współpracę z rodzinami, przeprowadza wstępną diagnozę (zbiera informacje na temat rodziny, dokonuje analizy i opisu sytuacji rodziny) * przeprowadza pogłębioną diagnozę rodzin objętych wsparciem; * określa cele pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków, w szczególności dzieci i młodzieży * współtworzy pakiet usług i informatorium, rekomenduje usługi * współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia w ramach spotkań konsultacyjnych (analizuje dokumentację, opracowuje koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, ustala wymagany zakres wsparcia środowiskowego – wykorzystując pakiet usług) * dobiera kompleksową, skoordynowaną ofertę usług zawartych w Pakiecie na rzecz konkretnych rodzin * planuje, przygotowuje i realizuje pracę socjalną (indywidualną, grupową  i środowiskową) z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową * monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji indywidualnego projektu socjalnego * zarządza pomocą udzielaną poszczególnym rodzinom przez podmioty wchodzące w skład sieci wsparcia * prowadzi niezbędną dokumentację związaną z pracą socjalną na rzecz rodzin |
| Specjalista ds. sieci wsparcia  (S)/Animator Lokalny\* | * uczestniczy w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz  w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne * uczestniczy z ramienia instytucji wdrażającej Model w rozpoznaniu  i analizie zasobów środowiskowych, niezbędnych do stworzenia pakietu usług i informatorium * na etapie budowania partnerstw moderuje spotkania informacyjne  z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa; współuczestniczy  w wypracowaniu ram współpracy * na etapach przygotowania i realizacji wsparcia koordynuje współpracę  z instytucjami, utrzymuje kontakt z przedstawicielami partnerów realizujących działania w ramach Modelu * współtworzy i adaptuje wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach Modelu * moderuje i współtworzy pakiet usług i informatorium we współpracy  z partnerami * analizuje dokumentację przedstawioną przez pracownika socjalnego pod kątem kwalifikowania rodziny do objęcia wsparciem * współpracuje z pracownikiem socjalnym w ramach spotkań konsultacyjnych (analizuje dokumentację, współtworzy koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego – przy wykorzystaniu pakiet usług) * upowszechnia wśród członków ZIDR informację o sieci wsparcia, pakiecie usług, pełni rolę konsultanta dla PS; * uzgadnia skład ZIDR oraz organizuje, współprowadzi ZIDR i dokumentuje spotkania ZIDR, ewaluuje prace ZIDR; * prowadzi terminarz spotkań oraz odpowiada za gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji ZIDR, prowadzi korespondencję ze specjalistami zewnętrznymi (SZ) * wspiera PS w ewaluacji działań ZIDR w ramach spotkań konsultacyjnych * prowadzi sprawozdawczość dla potrzeb Modelu * dokumentuje aktywność w ramach zadań związanych z tworzeniem  i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej na karcie pracy środowiskowej |
| \*Możliwe jest utworzenie dwóch stanowisk i rozdzielenie proponowanego zakresu zadań pomiędzy instytucje wdrażające Model, w zależności od ich potrzeb i specyfiki (np. realizacja działań w partnerstwie z organizacją pozarządową, czy zlecenie jej części działań w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie). | |
| Pracownik socjalny (pracujący poza komórką) | * informuje osoby i rodziny spełniające kryteria dziedziczonego ubóstwa  o możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia w ramach Modelu, wypełnia Kartę oceny formalnej * rozpoznaje i analizuje potrzeby i sytuację osoby, rodziny realizującej zadania w ramach Modelu, zgłaszającej zapotrzebowanie na świadczenia  z pomocy społecznej * weryfikuje kryteria kwalifikujące do uzyskania świadczeń * przyjmuje dokumentację w sprawie przyznania lub odmowy przyznania świadczeń z pomocy społecznej * przeprowadza wywiady środowiskowe w celu ustalenia sytuacji bytowej rodziny realizującej zadania w ramach Modelu, która równocześnie ubiega się o pomoc * opracowuje decyzje administracyjne o odmowie lub przyznaniu świadczeń obligatoryjnych i fakultatywnych, pieniężnych i niepieniężnych z pomocy społecznej * sporządza analizę i sprawozdania dotyczące realizowanych zadań * utrzymuje stały kontakt z pracownikiem socjalnym realizującym pracę socjalną w ramach Modelu – pozyskuje i przekazuje informacje niezbędne do realizacji wsparcia rodziny |
| Superwizor pracy socjalnej | * wspiera PS i S w analizie sytuacji rodzin, tworzeniu diagnozy, planowaniu działań na rzecz rodzin * wspiera PS i S w planowaniu spotkań w ramach ZIDR * wspiera PS w rozwiązywaniu bieżących problemów powstających we współpracy z rodzinami i specjalistami zewnętrznymi * poszerza wiedzę w obszarze nowatorskich technik i metod indywidualnej, grupowej i środowiskowej pracy socjalnej * pracuje nad zachowaniem dobrych relacji w grupie pracowników realizujących wsparcie, wspiera w rozwiązywaniu konfliktów * omawia emocje towarzyszące pracy PS i S, wspiera emocjonalnie * przekazuje PS i S rzetelną informację zwrotną |
| Specjalista konsultant (Np. psycholog, pedagog, doradca zawodowy, prawnik | * udziela porad i wskazówek rodzinie, dotyczących rozwiązywania ich problemów * uczestniczy w spotkaniach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny * wspiera pracowników socjalnych w pracy socjalnej (nawiązywaniu relacji, diagnozie sytuacji rodziny itp.   Miejsce realizacji wsparcia doradczego: zaleca się, aby spotkania rodzin ze specjalistami konsultantami odbywały się w miejscu dostępnym dla osób niepełnosprawnych, matek z dziećmi w wózkach. Ośrodek pomocy społecznej powinien posiadać do dyspozycji pomieszczenie wyposażone w stoły, krzesła, tablicę typu flipchart. W przypadku instytucji współpracujących z ośrodkami w ramach Modelu pomieszczeniami spełniającymi powyższe wymagania dysponują: urzędy pracy, szkoły, świetlice środowiskowe, domy kultury, parafie oraz działające na terenie dzielnicy organizacje pozarządowe. Informacja o miejscach realizacji wsparcia konsultacyjnego powinna zostać omówiona i uwzględniona w ramach porozumienia pomiędzy instytucjami współrealizującymi Model. |

*Źródło: opracowanie własne*

1. **Wyłonienie pracowników do realizacji zadań w ramach Modelu**

Istotne jest, aby planowane w ramach Modelu działania były realizowane przez pracowników zgłaszających chęć uczestnictwa, gotowych do podniesienia swoich kwalifikacji i zmiany specyfiki pracy. Osoby zarządzające jednostką organizacyjną powinny przedstawić kadrze – w ramach wspólnego spotkania – zasoby i ograniczenia wynikające   
z uczestnictwa w realizacji Modelu tak, aby pracownicy mogli świadomie podjąć decyzję   
o udziale w projekcie. Zmotywowana i gotowa do zmian kadra zwiększa skuteczność działań, szczególnie na etapie zapraszania rodzin do współpracy. Na tym etapie może zajść konieczność zatrudnienia dodatkowych osób do realizacji Modelu. W ramach wewnętrznej lub zewnętrznej rekrutacji kandydaci powinni uzyskać pełną wiedzę o ich przyszłej roli. Optymalnym rozwiązaniem jest zaproszenie pracowników socjalnych zainteresowanych uczestnictwem w realizacji Modelu do wspólnych prac nad tworzeniem   
i wdrażaniem Modelu w danej jednostce organizacyjnej. Dzięki temu pracownicy socjalni będą mieli dużą wiedzę o funkcjonowaniu Modelu i motywację do jego wdrażania. Osoba zarządzająca Ośrodkiem powinna zaproponować uczestnictwo w realizacji Modelu pracownikom zorientowanym na podniesienie swoich kwalifikacji, nastawionym na rozwój, elastycznym i gotowym do zmiany specyfiki pracy. Tak jak wspomniano wyżej warto również rozważyć współpracę z lokalnymi organizacjami pozarządowymi w zakresie wdrażania modelu, a co za tym idzie, analizując posiadane zasoby kadrowe warto również wziąć pod uwagę osoby pracujące lub współpracujące z lokalnymi organizacjami pozarządowymi. Poniżej przestawiono rekomendowane, obowiązkowe i fakultatywne wymagania wobec pracowników realizujących zadania w Modelu.

**Przykładowe wymagania wobec pracowników:**

**Wymagania wobec pracownika socjalnego (PS) realizującego zadania w ramach Modelu**

**kompetencyjne:**

* odpowiednie kwalifikacje zawodowe formalnie wymagane w ramach obowiązujących przepisów,
* doświadczenie w pracy (rekomendowane minimum 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
* doświadczenie w realizacji projektów socjalnych,
* doświadczenie w pracy formułą interdyscyplinarną,
* umiejętności negocjacyjne i mediacyjne,
* umiejętności w obszarze stosowania dialogu motywującego i podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach,
* znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
* umiejętność stosowania narzędzi analizy i diagnozy sytuacji rodzin,
* umiejętność planowania, określania celów i działań,
* szeroki warsztat w zakresie wykorzystania metod pracy socjalnej z rodzinami,
* gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.

**osobowościowe:**

* otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
* komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
* empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
* zrównoważenie, opanowanie,
* gotowość do niesienia pomocy szczególnie w sytuacjach kryzysowych,
* entuzjazm.

**Wymagania wobec pracownika specjalisty ds. sieci wsparcia (S) realizującego zadania w ramach Modelu**

Rekomenduje się, aby na tym stanowisku pracował pracownik socjalny lub inny specjalista posiadający doświadczenie w realizacji środowiskowej pracy socjalnej lub pracy metodą środowiskową.

**kompetencyjne:**

* doświadczenie w pracy (min. 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
* doświadczenie w realizacji projektów socjalnych,
* doświadczenie w pracy formułą interdyscyplinarną,
* umiejętności negocjacyjne i mediacyjne,
* znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
* znajomość zasobów lokalnych, wiedza o usługach,
* umiejętność stosowania narzędzi analizy i diagnozy sytuacji rodzin,
* umiejętność planowania, określania celów i działań,
* umiejętności administracyjne i zarządzania danymi,
* umiejętność zarządzania procesem grupowym,
* umiejętność inspirowania lokalnych partnerów do tworzenia sieci powiązań,
* gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.

**osobowościowe:**

* otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
* komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
* empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
* zrównoważenie, opanowanie,
* stanowczość w realizacji zadań,
* entuzjazm.

**Wymagania wobec specjalisty konsultanta realizującego zadania w ramach Modelu**

Rekomenduje się, aby na tym stanowisku pracował specjalista posiadający odpowiednie wykształcenie i doświadczenie w pracy z rodzinami.

**kompetencyjne:**

* wykształcenie wyższe kierunkowe doświadczenie w pracy (min. 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
* znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
* gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.

**osobowościowe:**

* otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
* komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
* empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
* zrównoważenie, opanowanie,
* stanowczość w realizacji zadań,
* entuzjazm.

1. **Doskonalenie zawodowe kadry projektu**

Przed wdrożeniem Modelu konieczne jest przygotowanie pracowników do zastosowania go w praktyce. Z uwagi na zaproponowane w Modelu rozwiązania, konieczne jest podniesienie kompetencji pracowników zarówno powołanego zespołu/komórki ds. jego wdrożenia, jak i pracowników socjalnych współpracujących   
z rodziną (np. w ramach przyznawanej pomocy finansowej). W planowanym zakresie merytorycznego wsparcia dla kadry projektu powinny znaleźć się zarówno warsztaty/szkolenia/spotkania informujące o Modelu, przygotowujące do jego realizacji, jak i szkolenia metodyczne, podnoszące kompetencje zawodowe kadry.

**REKOMENDACJA**

Rekomendowane szkolenia dostępne na rynku:

* wykorzystanie narzędzi analizy, diagnozy i ewaluacji rekomendowanych do wykorzystania w Modelu;
* praca z klientem/rodziną w oporze – wspomaganie w procesie zmian, przygotowanie do zmiany, wspieranie w dokonaniu zmiany i jej utrwalanie, przezwyciężania oporu przed zmianą, metody i techniki motywowania   
  w pracy socjalnej;
* wykorzystanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach i Dialogu Motywującego w pracy z rodzinami;
* praca metodą Konferencji Grupy Rodzinnej;
* mediacje i negocjacje w pracy socjalnej;
* opracowanie i negocjowanie z klientem/rodziną założeń Indywidualnego Projektu Socjalnego i kontraktu socjalnego (analiza SWOT sytuacji rodziny, określanie celów, działań, przewidywanych efektów, nawiązywanie współpracy środowiskowej);
* wykorzystanie metody *Study Circle* w samokształceniu i doskonaleniu pracowników socjalnych;
* *Case Management* i nawiązywanie partnerstw.

Forma prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych w zakresie Modelu może być dowolna. Mogą to być zarówno spotkania dla kilku bądź kilkunastu osób, szkolenia lub warsztaty, spotkania indywidualne itp. Jednakże, niezależnie od przyjętej formy, zakres spotkań informujących i przygotowujących do wdrożenia Modelu powinien obejmować co najmniej następujące zagadnienia:

* podstawowe informacje o Modelu (cele, adresaci modelu, realizatorzy);
* główne założenia Modelu (interdyscyplinarność, praca metodą indywidualnego przypadku, współpraca partnerska, skoncentrowanie interwencji na dzieciach   
  i młodzieży);
* korzyści płynące z realizacji Modelu;
* rola sieci wsparcia we wdrażaniu Modelu;
* zasady współpracy w ramach sieci (Zespoły Interdyscyplinarne ds. Rodzin, pakiety usług, informatorium);
* warunki techniczno-organizacyjne wdrożenia Modelu;
* wdrożenie krok po kroku – etapy wdrożenia Modelu;
* przeszkolenie pracowników pracujących w ramach Modelu w zakresie stosowania rekomendowanych narzędzi do pracy z rodzinami (takimi jak: wywiady, IPS, ankiety, genogram, ekogram, arkusze).

W odniesieniu do poszczególnych grup uczestników, nacisk powinien zostać położony na nieco inne aspekty związane z wdrażaniem Modelu. W przypadku kadry zarządzającej instytucji wdrażającej/planującej wdrożenie Modelu (dyrektorów, kierowników OPS), szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na kwestie związane z warunkami techniczno-organizacyjnymi, jakie muszą być zapewnione, aby móc wdrożyć Model.   
W przypadku pracowników zainteresowanych jego realizacją (pracowników socjalnych pracujących z rodzinami, specjalistów ds. sieci wsparcia) szczególny nacisk powinno się położyć na kwestie związane z poszczególnymi etapami wdrażania Modelu. Praktyczne aspekty jego wdrażania powinny być stale konsultowane, np. poprzez indywidualny coaching, mentoring, tutoring w tym zakresie. Dodatkowo, jako wzmocnienie   
i podniesienie kompetencji pracowników realizujących Model, proponuje się objęcie ich systematycznym wsparciem superwizyjnym, jak również utworzenie możliwości samodoskonalenia się na przykład w ramach grup edukacyjnych opartych na metodzie *Study Circle*. Jednocześnie rekomenduje się przygotowanie w tym zakresie także partnerów – członków sieci wsparcia.

1. **Ustalenie listy rodzin, którym zostanie zaproponowany udział w projekcie**

Zakłada się, iż instytucja wdrażająca Model już na etapie diagnozy problemu dziedziczonego ubóstwa na danym obszarze dokonuje wstępnej analizy środowisk korzystających z jej wsparcia. Analiza środowisk powinna określić liczbę, strukturę   
i charakterystykę rodzin pod kątem spełnienia kryteriów zagrożenia dziedziczonym ubóstwem. Dodatkowym wsparciem w pozyskaniu rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa, do współpracy w ramach Modelu, mogą być inne instytucje   
i organizacje działające w obszarze readaptacji społecznej i zawodowej (Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, placówki wsparcia dziennego, Powiatowy Urząd Pracy, organizacje pozarządowe – w tym kościelne) oraz placówki edukacyjne. Należy jednak pamiętać,   
iż aby móc skorzystać ze wsparcia partnerów na tym etapie, istotne jest zawarcie stosownych uzgodnień w ramach porozumień. Oczekiwanie współpracy wobec partnerów może dotyczyć przekazania rodzinom spełniającym kryteria uczestnictwa katalogu korzyści wraz z danymi kontaktowymi pracowników instytucji wdrażającej, odpowiedzialnych za weryfikację i rekrutację rodzin. Rolą PS jest zweryfikowanie sytuacji rodzin zarekomendowanych przez partnerów do uzyskania wsparcia w ramach Modelu, pod kątem zagrożenia problemem dziedziczonego ubóstwa. Ze względu na konieczność uzyskania zgody klienta/rodziny na przekazanie i dysponowanie danymi osobowymi, weryfikacją i rekrutacją rodzin może zajmować się jedynie pracownik instytucji wdrażającej Model.

## **3.2.4 Etap przygotowania do realizacji wsparcia**

**III ETAP**

**PRZYGOTOWANIE DO REALIZACJI WSPARCIA**

1. Kontakt PS z rodzinami. Przedstawienie rodzinom założeń projektu, zaproszenie rodzin do udziału (stworzenie listy rezerwowej rodzin gotowych do uczestnictwa w projekcie).
2. Wstępna diagnoza sytuacji rodzin, rozeznanie potrzeb rodzin zaproszonych do współpracy.
3. Pogłębienie diagnozy we współpracy z rodzinami, analiza obszarów problemowych.
4. W ramach Spotkania Konsultacyjnego (SK) 🠚 identyfikacja zasobów środowiskowych, poszerzenie diagnozy w kontekście zasobów środowiskowych na rzecz wsparcia rodziny.
5. Wykorzystanie sieci wsparcia - zaproszenie specjalistów zewnętrznych do współpracy w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR).
6. Pierwsze i kolejne spotkania ZIDR 🠚 pogłębienie diagnozy, uzupełnienie planu działań określonego   
   w IPS o zadania realizowane przez partnerów zewnętrznych.
7. Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny do ZIDR; wypracowanie z rodziną IPS, w szczególności określenie indywidualnej sieci wsparcia dla rodziny.
8. Podział zadań pomiędzy realizatorów.
9. Udokumentowanie spotkania, ustalenie terminu kolejnych ZIDR.
10. **Kontakt pracownika socjalnego z rodzinami. Przedstawienie rodzinom założeń projektu, zaproszenie rodzin do udziału**

Aby zapewnić objęcie wsparciem w ramach Modelu możliwie jak największej liczbie rodzin mieszkających w wyodrębnionej w ramach diagnozy enklawie i spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa, należy w sposób przemyślany zaplanować rekrutację. Etap ten jest najistotniejszy z punktu widzenia możliwości realizacji celów Modelu.

Znaczącą rolę na tym etapie odegrają pracownicy socjalni pracujący w instytucji wdrażającej Model – zarówno w zespole/komórce, jak i poza nią. Zakłada się także możliwość współudziału instytucji partnerskich w kierowaniu rodzin do wsparcia w ramach Modelu.

Rolą pracowników socjalnych realizujących zadania w ramach Modelu, jak   
i pracujących na dotychczasowych zasadach (poza Modelem) jest dokonanie analizy sytuacji rodzin korzystających ze wsparcia finansowego (obecnie oraz w przeszłości) oraz mieszkających w obszarze enklawy, pod kątem spełnienia kryteriów dziedziczonego ubóstwa. W weryfikacji kryteriów dziedziczonego ubóstwa może być pomocna Karta oceny formalnej – narzędzie zarekomendowane w ramach Modelu. Rezultatem analizy jest wypełnienie przez pracownika socjalnego Karty oceny formalnej. Rodziny spełniające wymogi formalne będą wpisane na listę, która posłuży PS do zaplanowania z nimi kontaktu. W ramach umówionego wcześniej spotkania PS przedstawia rodzinom założenia Modelu i korzyści wynikające ze współpracy. Kluczowym momentem jest uzyskanie zgody i podpisanie przez rodzinę – jej przedstawiciela – pisemnej, wstępnej deklaracji uczestnictwa, zawierającej także klauzule związane z ochroną danych osobowych. Na tym etapie PS kontaktujący się z rodziną rozpoczyna metodyczne działanie w kontakcie   
z rodziną – inicjuje pomyślną relację pomocowe.

Z uwagi na to, że Model zakłada także aktywny udział w rekrutacji – a więc także kontakt z rodzinami – pracowników socjalnych spoza zespołu/komórki, istotny jest udział w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu wszystkich pracowników socjalnych instytucji wdrażającej.

W przypadku rodzin, które nie korzystają i nie korzystały dotychczas z pomocy instytucji wdrażającej, a wobec których występuje potrzeba wsparcia w ramach Modelu (np. środowisko sąsiedzkie osób zakwalifikowanych do Modelu), pracownicy socjalni (realizujący działania w ramach modelu, jak i pozostali) mogą w ramach kontaktu   
w środowisku zaprezentować ofertę wsparcia, przedstawić katalog korzyści, zachęcić do współpracy i przedstawić do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa.

Przy weryfikacji kryteriów, wsparciem dla PS może być specjalista do spraw sieci wsparcia.

Upodmiotowienie rodziny spełniającej kryteria uczestnictwa w Modelu na etapie rekrutacji może mieć wpływ na podwyższenie motywacji i wyrażenie gotowości do podjęcia działań oraz pomyślnego ukończenia planowanych działań. Na etapie rekrutacji, podczas przedstawiania rodzinom założeń Modelu, nieodzowne jest powołanie się na określone w ustawie o pomocy społecznej kryterium współpracy, jako jeden z trzech łącznych warunków przyznawania pomocy materialnej. Istotna jest uczciwa rozmowa   
z przedstawicielami rodzin o ich motywacji oraz przedstawienie przez pracownika socjalnego przyczyn, dla których rodzina została zaproszona do współpracy w ramach Modelu. Takie podmiotowe podejście może wpłynąć na podwyższenie autorytetu pracownika socjalnego w oczach klientów i warunkować skuteczność dalszej współpracy. W trakcie przedstawiania klientowi oferty projektu, pracownik socjalny powinien mieć przygotowaną listę korzyści dla klienta i jego rodziny, wynikających ze współpracy w ramach Modelu. Przedstawienie pełnej informacji o ofercie, zasadach współpracy oraz braku gotowości do współpracy może przyczynić się do wyrażenia zgody i podpisania przez rodzinę wstępnej deklaracji uczestnictwa.

Zaleca się podjęcie w ramach rekrutacji kontaktu z większą niż planowaną do objęcia docelowym wparciem w ramach Modelu liczbą rodzin oraz utworzenie listy rezerwowej.   
W trakcie realizacji działań w ramach Modelu część rodzin może podjęć decyzję   
o rezygnacji ze współpracy. Można będzie wtedy zaproponować wsparcie rodzinom, które wcześniej wstępnie wyraziły zainteresowanie współpracą (podpisały wstępną deklarację)   
i zostały wpisane na listę rezerwową.

Przykładowy katalog korzyści dla rodziny, wynikający ze współpracy w ramach Modelu, znajduje się w rozdziale czwartym podręcznika, w podrozdziale dotyczącym nawiązania kontaktu z rodziną.

**Rekomendacja**

Rekomendowane strategie pozyskiwania informacji o rodzinach oraz pozyskiwania rodzin do współpracy:

1. W dużych JOPS (dysponujących kilka jednostek terenowych) różne strategie postępowania pracowników projektu podczas rekrutacji można zastąpić znormalizowanymi procedurami doboru rodzin do Modelu, np.:

* etap pozyskiwania rodzin może zostać poprzedzony spotkaniem pracowników pracujących w Modelu ze wszystkimi pracownikami terenowymi i kadrą kierowniczą, np. w ramach zebrania. Podczas spotkania pracownicy mogą otrzymać najnowsze informacje o realizacji działań, oczekiwaniach grupy „modelowej”, omówić niejasności, zaproponować ciekawe racjonalizatorskie pomysły. Pracownicy „terenowi” mogą otrzymać także krótkie ulotki informujące w formie uproszczonej o formach wsparcia w ramach Modelu, korzyściach dla rodzin, terminach realizacji oraz osobach do kontaktu. Ulotki mogą zostać przekazane klientom przez pracowników terenowych, przy okazji kontaktu w biurze lub terenie;
* na wniosek osób zarządzających w terenowych punktach (wymagane ustalenia na poziomie osób zarządzających) – wszystkie kartoteki (teczki osobowe rodzin) mogą zostać udostępnione pracownikom realizującym Model. Dobór kartotek do dyspozycji według klucza: „osoba spełniająca kryteria kwalifikacji do Modelu” – poszerza to możliwość dostępu pracowników projektu do wszystkich środowisk spełniających formalne wymogi uczestnictwa (nie tylko do wybranych przez pracownika socjalnego jednostki terenowej). Ponadto ułatwia to stworzenie listy rezerwowej;
* każda rodzina, jej przedstawiciel spełniający formalne kryteria może uczestniczyć w rozmowie kwalifikacyjnej; przeprowadzonej przez pracowników Modelu;

Efektem rozmowy kwalifikacyjnej mogłoby być:

* 1. wpisanie klienta na listę uczestników i wskazanie dalszych działań;
  2. wpisanie rodziny na listę rezerwową;
  3. brak zakwalifikowania rodziny do wsparcia w ramach Modelu z uzasadnieniem (np.: rodzina – jej przedstawiciel nie wyraża zgody lub rodzina może zostać zakwalifikowany po spełnieniu pewnych kryteriów, itp.). W przypadku osób nie wyrażających zgody na współpracę, jednocześnie korzystających ze wsparcia – wskazanie możliwych konsekwencji i omówienie ich w duchu troski   
     o rodzinę.

1. Pomocnymi narzędziami w pozyskiwaniu rodzin mogą okazać się: plakat, ulotka lub informator określający   
   w zwięzłych, prostych słowach ofertę Modelu, korzyści dla rodziny oraz dane teleadresowe ułatwiające bezpośredni kontakt z pracownikami Modelu. Ulotki mogą także zostać rozdane w obiektach publicznych: przychodniach, domach kultury, urzędach, szkołach, bibliotekach a nawet parafiach i sklepach.
2. Upodmiotowienie klienta/rodziny spełniającej kryteria uczestnictwa w Modelu, na etapie pozyskiwania może mieć wpływ na podwyższenie motywacji i wyrażenie gotowości do podjęcia działań i ukończenia projektu.
3. Kluczowe jest także powoływanie się w rozmowie z przedstawicielami rodzin, na określone w UPS kryterium współpracy, jako jednego z trzech łącznych warunków przyznawania pomocy materialnej. Istotna jest uczciwa rozmowa z klientem o motywacji pracownika socjalnego do zaproszenia klienta do udziału w projekcie. Paradoksalnie, takie podmiotowe podejście może wpłynąć na podwyższenie autorytetu pracownika socjalnego   
   w oczach klienta.
4. Etap nawiązywania z rodziną tak zwanej relacji pomocowej lub sojuszu pomocowego (relacji w której osoba i rodzina są gotowi, świadomie wyrażają zgodę i decydują się na współpracę z pracownikiem socjalnym w rozwiązywaniu swoich trudności) może okazać się czasowo najdłuższym spośród metodycznych etapów działania pracownika socjalnego. Z doświadczeń innych OPS realizujących projekty wynika, że im więcej czasu poświęci się na etap nawiązywania relacji pomocowej, tym większa gotowość osób i rodzin do współpracy i tym mniejsze ryzyko ich rezygnacji ze współpracy w dalszych etapach wsparcia projektowego.
5. **Wstępna diagnoza sytuacji rodzin, rozeznanie potrzeb rodzin zaproszonych do współpracy**

Na tym etapie PS, zachowując zasadę empowermentu, przy pełnym współudziale rodziny, będzie dążył do rozpoznania jej sytuacji życiowej w przestrzeni zawodowej, materialnej, opiekuńczo-wychowawczej, mieszkaniowej, zdrowotnej i środowiskowej. Do analizy i ewidencji wybranych informacji posłużą rekomendowane w ramach standardów pracy socjalnej lub wykorzystywane dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzia analizy sytuacji rodziny. Analiza wymienionych powyżej obszarów życia ma na celu wyłonienie potrzeb rodziny, wyodrębnienie obszarów problemowych występujących   
w rodzinie oraz ustalenie hierarchii ich ważności dla poprawy sytuacji rodziny.

Wstępna diagnoza jest etapem rozpoczynającym konceptualizację indywidualnego projektu socjalnego. Wstępna diagnoza znajduje swoje odzwierciedlenie w indywidualnym projekcie socjalnym.

Cechy dobrej diagnozy opisano w rozdziale czwartym, w podrozdziale dotyczącym nawiązania kontaktu z rodziną.

1. **Pogłębienie diagnozy we współpracy z rodzinami, analiza obszarów problemowych.**

Kolejnym etapem realizacji działań PS w ramach diagnozy jest pogłębienie wiedzy   
o specyficznych obszarach funkcjonowania rodziny  – przy wykorzystaniu rekomendowanych w ramach standardów pracy socjalnej lub wykorzystywanych dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzi pogłębionej diagnozy rodziny.

Mogą one dotyczyć, między innymi

* codziennego życia: relacji i komunikowania się w rodzinie, metod wychowawczych, podziału obowiązków, gospodarowania budżetem, higieny, żywienia i wychowania dzieci;
* rozwoju dzieci: stanu fizycznego, zdrowotnego, emocjonalnego, edukacji szkolnej, udziału w zajęciach pozalekcyjnych;
* rozwoju rodziców: kwalifikacji, samooceny, motywacji do zmian, zainteresowań, postawy prozawodowej, wartości, planów na przyszłość, kryzysów, konfliktów, uzależnień;
* aktywności społecznej, wsparcia środowiskowego, kontaktu i relacji z członkami dalszej rodziny i sąsiadami.

Określenie, we współpracy z rodziną, trudności w jej funkcjonowaniu   
w poszczególnych obszarach, pozwoli PS w ramach przygotowania się do IPS, uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

* jakie są problemy rodziny i jakie są przyczyny trudnej sytuacji?
* jak zdiagnozowana sytuacja wpływa na funkcjonowanie rodziny i poszczególnych jej członków?
* jakie są zasoby, możliwości, deficyty i ograniczenia funkcjonowania rodziny?

Diagnoza pogłębiona powinna przynieść ponadto odpowiedź na pytanie, jakie są faktyczne potrzeby rodziny.

Zarówno na etapie wstępnej, jak i pogłębionej diagnozy PS dokumentuje swoje działania   
na kwestionariuszu karty pracy socjalnej. Narzędzia analizy sytuacji rodziny oraz narzędzia pogłębionej diagnozy stanowią załączniki do niniejszego Podręcznika.

1. **Spotkanie Konsultacyjne (SK)**

SK to zaplanowane spotkanie specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu   
– pracownika socjalnego (PS) i specjalisty do spraw sieci wsparcia (S). SK może posłużyć omówieniu sytuacji jednej lub wielu rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu. Spotkanie służy wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz – przy wykorzystaniu pakietu usług – identyfikacji zasobów środowiskowych, które można będzie wykorzystać rzecz wsparcia rodziny. Na tym etapie   
S współtworzy z PS koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego, przy wykorzystaniu pakietu usług. Celem SK jest takie dobranie usług zawartych w pakiecie, aby jak najlepiej służyły wsparciu konkretnej, omawianej rodziny. W ramach SK, w wyniku analizy wyników diagnozy, może powstać potrzeba skonsultowania sytuacji rodziny i podjęcia współpracy ze specjalistami zewnętrznymi. Zadaniem S będzie ponadto uzgodnienie wraz z PS składu Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR), ustalenie terminu spotkania oraz zaproszenie specjalistów/specjalisty na spotkanie ZIDR.

Każde kolejne (wewnętrzne) spotkanie specjalistów pracujących w ramach zespołu/komórki, realizującej zadania w Modelu, będzie nazywane spotkaniem konsultacyjnym. Spotkanie specjalistów pracujących w ramach zespołu/komórki ze specjalistami z zewnątrz, będzie nazywane ZIDR.

Spotkania Zespołu Specjalistów (analiza sytuacji rodzin, planowane działania, rozliczenia) dokumentowane są na drukach Protokołu i monitoringu ZIDR/Spotkania Konsultacyjnego.

1. **Zespół Interdyscyplinarny do spraw Rodziny (ZIDR)**

W miarę rozwoju specjalistycznej pracy socjalnej, pracownik socjalny staje przed koniecznością zwracania się po pomoc do współpracujących z nim osób i specjalistów. Współpraca ta staje się niezbędna zarówno na etapie diagnozowania problemów, jak   
i układania planu pracy oraz jego realizacji. Narzędziem wykorzystanym w projekcie, który umożliwia i strukturyzuje tą współpracę, jest Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny.

1. **Pierwsze spotkanie Zespołu Interdyscyplinarnego do spraw Rodziny (ZIDR)**

Osobą uzgadniającą z pracownikiem socjalnym skład ZIDR oraz organizującą, moderującą i dokumentującą spotkania ZIDR jest S. W skład ZIDR w każdym przypadku wchodzi PS współpracujący z rodziną, S i odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnętrzni, np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca, etc.).

Pierwsze spotkanie ZIDR poświęcone jest przedstawieniu ustalonej w ramach SK diagnozy   
i skonkretyzowaniu ról poszczególnych specjalistów. Do zadań ZIDR w ramach pierwszego i kolejnych spotkań, należą w szczególności:

* pogłębienie diagnozy we współpracy ze specjalistami zewnętrznymi;
* interdyscyplinarne ustalenie koncepcji wsparcia rodziny;
* wspólne opracowanie koncepcji indywidualnego projektu socjalnego (IPS) – w tym określenie planu działań oraz ustalenie możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w pakiecie usług;
* ustalenie i podział zadań na najbliższy okres;
* podjęcie decyzji o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów.

**7. Kolejne spotkania ZIDR**

Kolejne spotkania członków ZIDR służą: wymianie informacji, jakie udało się zdobyć w minionym czasie, rozliczeniu się z ustalonych wcześniej działań, przedstawieniu przeszkód w realizacji ustalonych zadań, zebraniu diagnoz sporządzonych przez poszczególnych specjalistów (np. w formie pisemnej) i na tej podstawie – zaktualizowaniu planu pomocy.

Dotychczasowe doświadczenia stosowania interdyscyplinarnej formuły pracy   
z rodzinami pozwalają zauważyć większą skuteczność oddziaływań naprawczych – nie tylko ze względu na poszerzenie oceny sytuacji o aspekty dostrzegane przez zaproszonych specjalistów, ale także dzięki aktywnemu udziałowi rodzin w diagnozie i planowaniu działań. ZIDR zakłada także aktywne uczestnictwo w jego spotkaniach przedstawicieli rodzin objętych wsparciem.

**8. Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny na spotkanie w ramach ZIDR**

Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie Zespołu) zaprosić przedstawiciela bądź kilkoro przedstawicieli rodziny. Decyzja o włączeniu przedstawiciela rodziny do prac Zespołu powinna być naturalną konsekwencją wdrażania idei empowermentu w modelowym działaniu. Specjaliści pracujący w ramach Modelu powinni zaufać zdolnościom członków rodzin do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu, poprzez wykorzystanie własnych zasobów i silnych stron. Istotne jest także respektowanie (i oddawanie) odpowiedzialności członków rodzin za ich życiowe decyzje. Zadaniem członków rodzin biorących udział w ZIDR jest wzbogacenie diagnozy o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń oraz zdefiniowanie w imieniu swoim   
i rodziny celów, środków i oczekiwanych rezultatów. Tak wzbogacony osobowo ZIDR powinien wspólnie wypracować założenia będące podstawą do realizacji indywidualnego projektu socjalnego.

Tempo pracy ZIDR zależy od kilku czynników:

* od zaangażowania rodziny (poszczególnych jej członków) we współpracę ze specjalistami;
* od wielkości rodziny oraz głębokości problemu dziedziczonego ubóstwa   
  i dysfunkcji, jakie w danej rodzinie występują;
* od oceny specjalistów, w jakim tempie te zmiany mogą być przeprowadzane   
  z korzyścią dla rodzin;
* od harmonogramu działań zaplanowanych w ramach IPS.

**9. Podział zadań i udokumentowanie spotkania**

Dokumentacja ZIDR prowadzona jest przez specjalistę ds. sieci wsparcia, który na protokole ZIDR dokonuje opisu ustalonej zespołowo diagnozy, planu pracy i podziału zadań podjętych do realizacji przez członków Zespołu. Uczestnicy Zespołu wspólnie ustalają terminy kolejnych spotkań, które powinny być uzależnione od zaplanowanych działań. Każde kolejne spotkani ZIDR powinno zakładać ewaluację działań zaplanowanych w ramach poprzednich spotkań.

**Rekomendacja**

Spotkania z osobą i rodziną w ramach ZIDR mogą mieć formułę spotkań w wąskim gronie, np.: rodzic, pracownik socjalny, koordynator ds. sieci wsparcia i pedagog szkolny, jako przedstawiciel instytucji współpracującej, gdzie diagnozuje się dany problem, ustala i rozlicza małe cele, planuje konkretne działania.

Inną możliwą formułą jest spotkanie ZIDR w szerszym gronie, gdzie oprócz przedstawicieli rodziny i ośrodka pomocy społecznej, zaproszeni są wszyscy współpracujący z rodziną specjaliści z innych instytucji. Takie spotkania mogą mieć charakter kluczowych zebrań, w ramach których ustala się ważne dla rodziny decyzje, podsumowuje się okres próby lub planuje się istotne dla rodziny działania.

Niezależnie od wielkości grupy uczestników ZIDR ważne jest, aby do zaproszenia osób i rodzin na spotkania Zespołu podejść bardzo indywidualnie. Dla większości osób – przedstawicieli rodzin – spotkania w formule grupowej, niezależnie od jej wielkości, będą stresujące i mogą wpłynąć negatywnie na ich przebieg. Warto jest zaprosić osobę i rodzinę na ZIDR w momencie, gdy rodzina będzie miała pewność co do celów spotkania, swojej roli i bezpieczeństwa na spotkaniu. Pracownik socjalny pełni na spotkaniu ZIDR także rolę wspierającą osobę i rodzinę w procesie grupowym.

## **Etap realizacji wsparcia**

**IV ETAP**

**REALIZACJA WSPARCIA**

1. Realizacja działań zawartych w IPS;

Kolejne spotkania ZIDR 🠚 monitoring i ewaluacja podjętych działań, modyfikacja, poszerzanie lub ograniczanie działań;

1. Zapraszanie do współpracy kolejnych partnerów zewnętrznych w zależności od potrzeb   
   i zidentyfikowanych problemów;
2. Wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej z rodzinami, wykorzystanie *pakietu usług*   
   i *informatorium;*
3. Osiągnięcie założonych w IPS celów (lub modyfikacja planu);
4. Zakończenie pracy z rodziną w formule interdyscyplinarnej w ramach ZIDR 🠚 ewaluacja realizacji IPS, decyzja o zakończeniu pracy z rodziną lub modyfikacja planu pomocy 🠚 określenie rekomendacji do dalszych działań na rzecz rodziny;
5. Ustalenie możliwości monitorowania funkcjonowania rodziny po zakończeniu działań w ramach Modelu.
6. **Realizacja działań zawartych w Indywidualnym Projekcie Socjalnym. Kolejne spotkania ZIDR – monitoring i ewaluacja podjętych działań**

Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia zadaniem ZIDR, w którego składzie znajduje się przedstawiciel rodziny, jest ustalenie planu pracy w ramach IPS. Oznacza to stworzenie harmonogramu realizacji zadań służących przygotowaniu do realizacji, a także samej realizacji projektu socjalnego, w tym także określenie kompetencji osób realizujących projekt, określenie ram czasowych, uzgodnienie form realizacji projektu   
z instytucjami wspomagającymi jego realizację. Faza wdrażania projektu polega na systematycznej realizacji harmonogramu prac, a także weryfikacji obranych założeń.   
W tym czasie PS i poszczególni specjaliści starają się wykonywać zaplanowane działania, zapraszając rodzinę na spotkania, które odbywają się w instytucji wdrażającej Model lub odwiedzając ją w środowisku zamieszkania i – bazując na zasobach w maksymalnym stopniu – mobilizują ją do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji.   
PS na tym etapie monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego przy użyciu kwestionariusza indywidualnego projektu socjalnego. Monitoring   
i ewaluacja ustaleń członków ZIDR dokumentowane są przez S na druku monitoringu działań ZIDR, zaś do bieżącego monitoringu i ewaluacji działań zaplanowanych w ramach IPS służy karta monitoringu i ewaluacji IPS.

1. **Zapraszanie do współpracy partnerów w zależności od potrzeb rodziny**

Skład osobowy poszczególnych ZIDR może ulegać zmianom. Może zmniejszać się   
o specjalistów, którzy już zrealizowali swoje cele w pracy z rodziną. Modyfikacja planu, pojawienie się nowych potrzeb i problemów może natomiast skutkować decyzją   
o włączeniu kolejnych specjalistów lub innych przedstawicieli rodziny.

1. **Wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej**

Wraz z kolejnymi metodycznymi etapami realizacji założeń IPS, działania PS powinny być wzbogacane o różne formy i narzędzia pracy socjalnej. Podstawowym zadaniem instytucji wdrażającej Model jest optymalne przygotowanie PS do realizacji pracy socjalnej – poprzez konsultacje, szkolenia, zapewnienie bieżącego wsparcia superwizyjnego oraz możliwość samodoskonalenia się pracowników w ramach *Study Circle* (SC). Przygotowany do pełnienia swojej roli PS, w ramach działań na rzecz rodziny podejmuje decyzję o celowości udzielania wsparcia i wyborze jego najodpowiedniejszej formy. W praktyce pracy socjalnej mogą być realizowane różnorodne podejścia wypracowane na gruncie teorii i koncepcji pedagogicznych, psychologicznych, socjologicznych i innych. W ramach Modelu dopuszcza się wykorzystanie różnorodnych narzędzi opisu, diagnozy i rozwiązywania problemów. Zakres działań PS powinien wynikać z ustalonego w ramach ZIDR planu pracy z rodziną i służyć realizacji celów zawartych w IPS. W ramach Modelu rekomenduje się metody pracy socjalnej oraz usługi zaprezentowane w standardach pracy socjalnej. Pracownik socjalny współpracując z osobą / rodziną oraz specjalistami w ramach ZIDR, aby poszerzyć ofertę wsparcia o dostępne zasoby i usługi, wykorzystuje na etapie planowania i realizacji współpracy pakiet usług oraz Informatorium.

1. **Osiągnięcie założonych w IPS celów (lub modyfikacja planu);**

Najbardziej oczekiwanym efektem współpracy jest osiągnięcie przez osobę, rodzinę i specjalistów wspólnie ustalonych celów. Współpraca z osobami i rodzinami, jej skuteczność, jest jednak uzależniona od wielu czynników - może w sposób dynamiczny, ze względu na sytuacje losowe podążać w stronę niezaplanowanych działań. W takich sytuacjach konieczna jest modyfikacja planu współpracy i dostosowanie go do zmieniającej się sytuacji i potrzeb.

1. **Zakończenie pracy z rodziną w formule interdyscyplinarnej w ramach ZIDR/modyfikacja planu**

Przyczyny zakończenia działalności zespołu interdyscyplinarnego powołanego do pracy z jedną rodziną mogą być różne. Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić, gdy

* zostaną zrealizowane cele określone w IPS;
* wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego;
* rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń;
* rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

Zawsze jednak decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać omówiona i podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny   
oraz udokumentowana na druku Karty monitoringu i ewaluacji IPS oraz karty monitoringu działań ZIDR.

W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona.

1. **Monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu działań w ramach Modelu**

W istniejącym stanie prawnym obowiązek monitorowania losów rodzin po zakończeniu realizacji projektu socjalnego nie został wprost zdefiniowany. Wymóg monitorowania jest jednak logiczną konsekwencją potrzeby dokonywania oceny postępu działań, zmierzających do życiowego usamodzielnienia się rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem.

Rodziny objęte wsparciem już na etapie podpisywania deklaracji współpracy powinny zostać poinformowane o potrzebie monitoringu i zapytane o zgodę na udzielenie informacji o swojej sytuacji, po zakończeniu okresu współpracy. Monitoring funkcjonowania rodziny może być bezpośredni – polegać może na podjęciu kontaktu PS   
z rodziną po trzech i sześciu miesiącach od czasu zakończenia okresu współpracy, celem uzyskania informacji o funkcjonowaniu rodziny. PS może wykorzystać kwestionariusz ankiety lub wywiadu z rodziną bądź arkusz obserwacji. Pośrednio instytucja wdrażająca, we współpracy z partnerami, poprzez analizę dokumentacji, informacje zwrotne   
(np. informacje z PUP o aktywności zawodowej, opis funkcjonowania dzieci w szkole lub świetlicy, informacje zwrotne od kuratora), może uzyskać wiedzę o funkcjonowaniu rodziny w środowisku. Skuteczne monitorowanie stopnia usamodzielnienia osób, które skorzystały ze wsparcia w ramach Modelu, pozwoli udoskonalić sposób jego wykorzystania w pracy socjalnej ośrodków pomocy społecznej, a tym samym zwiększyć skuteczność jego oddziaływania. Monitoring może być także asumptem do podjęcia interwencji socjalnej w rodzinie. Tak rozumiany monitoring wzmacnia też w rodzinach, którym jest udzielane wsparcie poczucie, że ktoś się nadal nimi interesuje. To może być dla nich motywujące i skłaniać ich do podejmowania starań o poprawę swojej sytuacji.

# **Etapy pracy z rodziną**

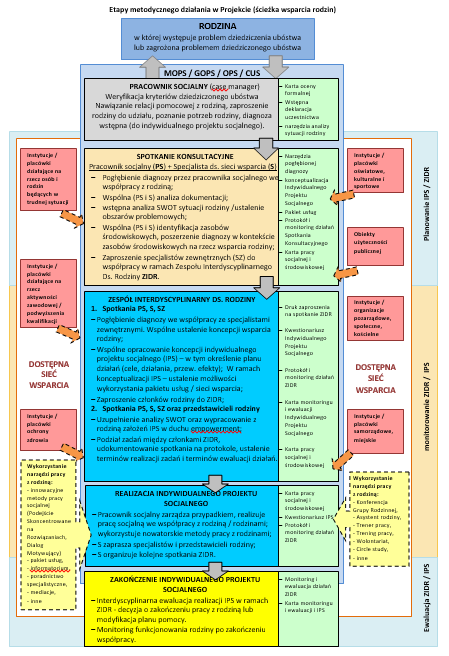
Proces realizowanej w ramach Modelu współpracy z rodzinami obejmuje pięć zintegrowanych ze sobą etapów. Stanowią one odzwierciedlenie zarówno metodyki pracy socjalnej, jak i uwarunkowań formalno-prawnych regulujących funkcjonowanie pomocy społecznej. Na każdym z tych etapów można wskazać na kluczowe zagadnienia, determinujące jakość i efektywność współpracy.

* **Etap I** to przygotowanie do spotkania i podjęcie kontaktu pracownika socjalnego instytucji wdrażającej Model z rodziną. Następuje nawiązanie relacji pomocowej, wstępne rozeznanie potrzeb, zaproszenie rodziny do udziału/współpracy w realizacji zadań pomocowych a także analiza i wstępna diagnoza sytuacji rodziny.
* **Etap II z**akłada pogłębienie diagnozy sytuacji rodziny oraz nawiązanie współpracy pracownika socjalnego ze specjalistą ds. sieci wsparcia i wspólną pracę (w formule spotkania konsultacyjnego) nad analizą dokumentacji rodzin, identyfikacją zasobów   
  i oraz obszarów problemowych. Etap ten służy poszerzeniu diagnozy w kontekście możliwości wykorzystania zasobów środowiskowych i ustaleniu, jakie zasoby „zewnętrzne” pozyskać na rzecz wsparcia rodziny.
* **Etap III** to współpraca specjalistów zatrudnionych do realizacji zadań przewidzianych w Modelu w formule interdyscyplinarnej z innymi specjalistami pozyskanymi z „zewnątrz”, z uwzględnieniem udziału rodziny w procesie pomagania. Na tym etapie tworzony jest i realizowany indywidualny projekt socjalny.
* **Etap IV** to etap realizacji indywidualnego projektu socjalnego.
* **Etap V** zakłada realizację celów określonych w projekcie socjalnym i ewaluację.

Rzetelne przeanalizowanie poszczególnych etapów umożliwi specjalistom realizującym wsparcie prowadzenie aktywnej współpracy zmierzającej do poprawy sytuacji osób zagrożonych dziedziczonym ubóstwem.

Na poniższym schemacie zaprezentowano etapy działań poszczególnych osób tworzących sieć wsparcia, wraz ze wskazaniem narzędzi pracy rekomendowanych do wykorzystania na każdym z etapów metodycznego działania.

Schemat 4. Etapy metodycznego działania (ścieżka wsparcia rodzin w Modelu).



*Źródło: opracowanie własne*

## **Proces wsparcia rodzin – etapy metodycznego działania pracowników w ramach Modelu**

Poniżej przedstawiono i szczegółowo opisano każdy z pięciu etapów realizacji wsparcia na rzecz rodzin zagrożonych dziedziczonym ubóstwem.

### **I ETAP - Nawiązanie kontaktu z rodziną/analiza sytuacji rodziny**

**Krok 1: Ustalenie listy rodzin**

1. Instytucja wdrażająca Model na etapie diagnozy problemu dziedziczonego ubóstwa na danym obszarze dokonuje wstępnej analizy środowisk korzystających z jej wsparcia (pod kątem spełnienia kryteriów dziedziczonego ubóstwa).
2. Instytucje i organizacje partnerskie wspierają instytucję wdrażającą w pozyskaniu rodzin do współpracy (informują o możliwości podjęcia współpracy i kierują do kontaktu z pracownikiem socjalnym instytucji wdrażającej Model).
3. Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia pracownicy socjalni instytucji wdrażającej poprzez wgląd w dokumentację dokonują analizy sytuacji rodzin mieszkających na terenie enklawy i korzystających ze wsparcia finansowego (obecnie lub w przeszłości) pod kątem spełnienia kryteriów dziedziczonego ubóstwa.

W weryfikacji może być pomocna Karta oceny formalnej.

1. Rodziny wstępnie zweryfikowane zapisywane są na listę, która posłuży pracownikowi socjalnemu w dalszym etapie do zaplanowania kontaktu.

**Krok 2: Podjęcie kontaktu pracownika socjalnego z rodziną/nawiązanie relacji pomocowej**

1. Pracownik socjalny podejmuje kontakt z rodziną, jej przedstawicielem.

**Rekomendacja**

Rekomenduje się wcześniejsze umówienie spotkania, ustalenie spotkania w terminie oraz miejscu wskazanym przez przedstawiciela rodziny. Rodzina powinna znać cel spotkania oraz planowany czas, jaki zostanie poświęcony na spotkanie.

1. Pracownik socjalny prezentuje ofertę wsparcia w ramach Modelu, przedstawia korzyści dla rodziny, wynikające z podjęcia współpracy.

**Lista korzyści dla rodziny**

* Działania w ramach Modelu w dużej mierze ukierunkowane są na wsparcie dzieci. Zgoda rodziny na uczestnictwo w działaniach to zgoda na wzmocnienie w rozwoju i zwiększenie szans dzieci na poprawę ich sytuacji – na lepsze życie.
* Rodzina we współpracy ze specjalistami określa trudności, zgłasza oczekiwania i potrzeby.
* Rodzina jest centralną „postacią” – podmiotem działań, współdecyduje w realizacji współpracy na każdym z etapów, może wpłynąć na zmianę decyzji innych uczestników wsparcia.
* Poszczególni członkowie rodziny zgłaszający różne potrzeby mogą mieć lepszy dostęp do zasobów instytucjonalnych i bieżące wsparcie specjalistów.
* Rodzina ma dostęp do kompleksowej informacji o ofertach wsparcia i inicjatywach rozwojowych, ma pełny dostęp do bazy usług.
* Współpraca rodzin w ramach Modelu zmniejsza dystans i przełamuje barierę w kontakcie z instytucjami i organizacjami.
* Rodzina, poszczególni jej członkowie, mogą skorzystać z szerszej oferty wsparcia, lepiej dopasowanej do potrzeb.
* Uczestnictwo w spotkaniach i formach wsparcia może wpłynąć na poprawę relacji pomiędzy członkami rodziny.
* Współpraca jest oparta na poszanowaniu godności i prawa rodziny do samostanowienia, nie można rodzinie narzucić współpracy czy zmusić do realizacji określonych działań.
* Rodzina może wycofać się ze współpracy w ramach Modelu, zaś założenie realizacji wsparcia przewiduje zakończenie działań (na etapie realizacji celów określonych w projekcie socjalnym).
* Pozytywna wizja przyszłości – przedstawienie wizji przyszłości – wizji zrealizowanych celów, pomysłów i marzeń.
* Większa aktywność rodziny na rzecz dzieci będzie wiązała się z poczuciem zadowolenia rodziców i opiekunów, spełnienia ich w swojej roli.

1. Pracownik socjalny zachęca rodzinę, poszczególnych jej przedstawicieli do podjęcia współpracy w ramach Modelu.

**Rekomendacja**

Rekomenduje się poświęcenie na ten etap większej ilości czasu, poświęcenie nawet kilku spotkań. Na pierwszym spotkaniu pracownik socjalny może zaprezentować korzyści dla rodziny, zostawić ulotkę oraz poprosić rodzinę o przemyślenie a nawet przygotowanie przez rodzinę pytań związanych z zakresem współpracy. Ważne jest odstąpienie w kontakcie z rodzinami od nacisku, przymusu.

Podjęcie przez pracownika socjalnego kontaktu z rodziną to jeden z najbardziej istotnych momentów w realizacji procesu wsparcia na rzecz rodziny. Chodzi tu o zawiązanie   
z rodziną, poszczególnymi jej członkami pomyślnej relacji, sojuszu pomocowego.

Jeśli pracownik socjalny nie nawiąże z rodziną pomyślnej relacji, nie będzie możliwe włączenie jej w działania.

W przełamaniu oporu i niechęci rodziny oraz zwiększeniu motywacji do współpracy  
 i w efekcie zawiązaniu pomyślnej relacji – sojuszu pomocowego z rodziną, mogą pomóc działania realizowane w duchu empowerment.

**Zasady empowerment w praktyce:**

* unikanie w rozmowie z rodziną komunikatów oceniających, wartościujących;
* angażowanie członków rodziny w rozmowę;
* wysłuchanie i doprecyzowanie oczekiwań klientów, dopytywanie o niejasności;
* wskazywanie decydującej roli klienta we współpracy z pracownikiem;
* stosowanie komunikatów dających klientowi szacunek oraz poczucie sprawczości („chcę, aby pan..”; „pozostaje panu podjęcie decyzji”; „mam taką propozycję...”; „czy pani się zgadza?”; „oczekuję, aby pan..”; „będę panią w tym wspierać”, „jak pani ocenia tę sytuację?”);
* przedstawienie procedur, wyjaśnienie etapów postępowania w Modelu;
* dopytywanie o niejasności, wątpliwości (zwiększenie wiedzy i zmniejszenie poziomu lęku członków rodzin przed nieznanym);
* dopytywanie się przedstawicieli rodzin o ich ocenę sytuacji;
* wskazanie członkom rodzin na możliwość wyrażenia własnego punktu widzenia;
* domaganie się partycypowania klienta i członków jego rodziny w procesie diagnozy / uczestnictwa   
  w autodiagnozie;
* wskazywanie w rozmowie zauważonych zasobów, praca na zasobach klienta;
* otwarta „wymiana” myśli, emocji, opinii i obaw z członkami rodzin;
* dawanie klientowi możliwości wyboru rozwiązań alternatywnych podczas formułowania zasad współpracy;
* wzbudzanie pozytywnych oczekiwań, bazowanie na pomysłach członków rodzin, odwoływanie się do wspólnych ustaleń;
* zachęcanie rodzin do podejmowania decyzji związanych ze swoim życiem;
* wzmacnianie pozytywnych uczuć i zachowań członków rodzin oraz przerywanie destrukcyjnej komunikacji;
* wzmacnianie poprzez ukazywanie pozytywnych rozwiązań alternatywnych;
* identyfikowanie i podważanie ograniczających przekonań klienta (typu: ja to zawsze…, mnie to nigdy.., wszyscy pracodawcy to…);
* zwracanie uwagi na potrzeby członków rodzin;
* oddzielenie klientów od problemu;
* motywowanie wykorzystujące poczucie wartości (pozytywne wzmocnienia, pochwały);
* pozytywne przeformułowanie stereotypów;
* dostosowanie ustaleń, zadań do „tempa” oczekiwanego przez rodziny, do indywidualnych uwarunkowań wynikających z sytuacji zawodowej, rodzinnej członków rodzin;
* wskazywanie na pozytywne aspekty podczas pokonywania przez przedstawicieli rodzin kolejnych barier, osiągania kolejnych celów;
* powstrzymanie się od oceny, odstąpienie od krytyki za niewykonane zadania (ustalenie faktycznych przyczyn niewykonania zadnia, przedstawienie lub wypracowanie z rodzinami nowych rozwiązań);
* pozostawienie przestrzeni do popełniania błędów.

1. Pracownik socjalny uzyskuje zgodę rodziny/jej przedstawiciela na współpracę   
   i przedstawia do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa rodziny/klienta (zawierającą także klauzule o ochronie i przetwarzaniu danych osobowych)   
   w realizacji działań w ramach Modelu.
2. W przypadku rodzin, które nie korzystają i nie korzystały dotychczas z pomocy instytucji wdrażającej, a wobec których występuje potrzeba wsparcia w ramach Modelu (np. środowisko sąsiedzkie osób zakwalifikowanych do Modelu), pracownik socjalny może w ramach kontaktu w środowisku zaprezentować ofertę wsparcia, zachęcić do współpracy i przedstawić do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa.
3. Pracownik socjalny podejmuje w ramach rekrutacji kontakt z większą, niż planowaną   
   do objęcia docelowym wparciem w ramach Modelu liczbą rodzin oraz utworzy listę rezerwową.

**Krok 3: Dokonanie analizy sytuacji rodziny/wstępnej diagnozy**

1. Pracownik socjalny, zachowując zasadę empowerment, przy pełnym współudziale rodziny rozpoznaje jej sytuację życiową w przestrzeni zawodowej, materialnej, opiekuńczo-wychowawczej, mieszkaniowej, zdrowotnej i środowiskowej.

**REKOMENDACJA**

Do analizy i ewidencji wybranych informacji posłużą rekomendowane w ramach Modelu lub wykorzystywane dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzia analizy sytuacji rodziny.

1. Pracownik socjalny, w ramach spotkań z rodziną, określa obszary potrzeb rodziny, wyodrębnia obszary problemowe występujące w rodzinie oraz dokonuje ich hierarchizacji.

**REKOMENDACJA**

Pracownik socjalny może uporządkować wyodrębnione obszary problemowe. Przy ustalaniu hierarchii ważności warto wziąć pod uwagę:

* rozmiar problemu (np. przemoc, problem alkoholowy, niezaspokojone potrzeby dziecka przed niskimi kompetencjami wychowawczymi rodziców),
* dynamikę rozwoju problemu (zagrożenie eksmisją lub niebezpieczeństwo przemocy),
* łańcuch przyczynowo – skutkowy (wpływ jednego problemu na pojawianie się kolejnych trudności w funkcjonowaniu rodziny),
* możliwości osoby / rodziny osiągnięcia określonego celu.

**O czym warto pamiętać podczas diagnozy?**

* Uczestnictwo członków rodziny w diagnozie oznacza, że mają oni prawo do oceny swojego życia ze swojego punktu widzenia. **Osobista ocena przez klienta swoich trudności jest najwartościowszym fragmentem oceny sytuacji, niezależnie od poziomu umysłowego klienta i rodzaju dysfunkcji**.
* Ocena/diagnoza jest zawsze tymczasowa i musi być gotowa do aktualizacji   
  czy uzupełnienia. W toku projektowania działań pracownicy Modelu muszą tę diagnozę-ocenę modyfikować i uaktualniać.
* Uzyskiwany subiektywny obraz sytuacji klienta jest poddawany ocenie   
  w powiązaniu z pojawiającymi się faktami, zdarzeniami, dokumentami – w celu wywołania u klienta zmiany widzenia swoich trudności.
* Na ocenę sytuacji klienta/rodziny mogą mieć znaczący wpływ nastawienie   
  i stereotypy pracownika socjalnego, na co należy zwracać uwagę dążąc do obiektywizacji, superwizji tego obrazu.

### **II ETAP – pogłębienie diagnozy/nawiązanie współpracy pracownika socjalnego ze specjalistą ds. sieci wsparcia**

**Krok 1 Dokonanie analizy sytuacji rodziny/wstępnej diagnozy**

1. Pracownik socjalny pogłębia wiedzę o specyficznych obszarach funkcjonowania rodziny. Mogą one dotyczyć, między innymi:

* codziennego życia: relacji i komunikowania się w rodzinie, metod wychowawczych, podziału obowiązków, gospodarowania budżetem, higieny, żywienia i wychowania dzieci,
* rozwoju dzieci: stanu fizycznego, zdrowotnego, emocjonalnego, edukacji szkolnej, udziału w zajęciach pozalekcyjnych,
* rozwoju rodziców: kwalifikacji, samooceny, motywacji do zmian, zainteresowań, postawy prozawodowej, wartości, planów na przyszłość, kryzysów, konfliktów, uzależnień,
* aktywności społecznej, wsparcia środowiskowego, kontaktu i relacji z członkami dalszej rodziny i sąsiadami.

1. Pracownik socjalny, we współpracy z rodziną, określa trudności w jej funkcjonowaniu   
   w poszczególnych obszarach, aby uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

* jakie są problemy rodziny i jakie są przyczyny trudnej sytuacji?
* jak zdiagnozowana sytuacja wpływa na funkcjonowanie rodziny i poszczególnych jej członków?
* jakie są zasoby, możliwości, deficyty i ograniczenia funkcjonowania rodziny?

**REKOMENDACJA**

Optymalny czas na przeprowadzenie pogłębionej diagnozy, od momentu objęcia rodziny wsparciem w ramach Modelu, to od 3 do 6 miesięcy – w zależności od stopnia zaangażowania rodziny we współpracę.

Rekomenduje sięna tym etapie wykorzystanie narzędzi pogłębionej diagnozy.

1. Pracownik socjalny dokumentuje swój kontakt z rodziną – poszczególnymi jej członkami.

**Krok 2: Powołanie Spotkania Konsultacyjnego**

1. Pracownik socjalny dysponujący pogłębioną diagnozą sytuacji rodziny, ustala termin spotkania ze specjalistą ds. sieci wsparcia. Zawiązuje Spotkanie konsultacyjne (SK).

W ramach SK pracownik socjalny i specjalista ds. sieci wsparcia:

* wspólnie analizują zebraną dokumentację diagnostyczną,
* omawiają wyniki diagnozy sytuacji rodziny / rodzin,
* zastanawiają się nad koncepcją indywidualnego projektu socjalnego,
* dobierają usługi z dostępnego pakietu usług – tworzą pakiet usług dostosowany   
  do zdiagnozowanych potrzeb konkretnej rodziny,
* w razie konieczności ustalają działania do realizacji,
* dokumentują SK na druku protokołu spotkania konsultacyjnego,
* rozliczają się z ustalonych na SK działań korzystając z druku monitoringu działań SK,
* określają potrzebę podjęcia współpracy ze specjalistami zewnętrznymi/partnerami.

1. Specjalista ds. sieci wsparcia zaprasza (telefonicznie, mailowo) specjalistów zewnętrznych   
   do współpracy, ustala termin spotkania. Zawiązuje Zespół Interdyscyplinarny   
   ds. Rodziny (ZIDR).

**REKOMENDACJA**

W sytuacji, gdy specjalista zewnętrzny nie może opuścić swojego miejsca pracy   
(np. pośrednik pracy, doradca zawodowy PUP) można zaproponować zorganizowanie ZIDR w siedzibie specjalisty zewnętrznego. W przypadku trudności organizacyjnych (złe warunki lokalowe, brak sali) spotkanie w ramach ZIDR może zostać zorganizowane w wynajętej sali domu kultury lub biblioteki, salce katechetycznej, itp.

### **III ETAP – współpraca specjalistów w formule interdyscyplinarnej**

**Krok 1: Powołanie Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR)**

1. Specjalista ds. sieci wsparcia zaprasza specjalistów zewnętrznych do pracy metodą interdyscyplinarną.
2. W skład ZIDR w każdym przypadku wchodzi PS współpracujący z rodziną,   
   S i odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnętrzni np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca, etc.

W ramach ZIDR specjaliści:

* zapoznają się z ustaloną diagnozą sytuacji rodziny,
* poszerzają diagnozę w oparciu o ocenę sytuacji rodziny przez specjalistów zewnętrznych,
* interdyscyplinarnie ustalają koncepcję wsparcia rodziny,
* wspólnie opracowują koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) – w tym określają projekt planu działań oraz ustalają możliwości poszerzenia wsparcia   
  o usługi określone w pakiecie usług,
* ustalają działania do realizacji i dzielą się zadaniami na najbliższy okres,
* podejmują decyzję o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów,
* podejmują decyzję o włączeniu przedstawiciela rodziny do prac w ramach ZIDR.

S dokumentuje spotkania na druku protokołu ZIDR oraz rozlicza podjęte działania na druku monitoringu ZIDR.

**Krok 2: Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny na spotkanie   
w ramach ZIDR**

1. Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie ZIDR) zaprosić przedstawiciela bądź kilkoro przedstawicieli rodziny.

**REKOMENDACJA**

Wybór przedstawiciela rodziny powinien wynikać z analizy zasobów, postaw oraz wpływu, jaki mają poszczególne osoby na sytuację rodziny. Zaproszona osoba może otrzymać propozycję współtworzenia koalicji pomocowej na rzecz rodziny. W innym przypadku celem zaproszenia osoby na spotkanie ZIDR może być zaproponowanie jej pomocy w rozwiązaniu osobistego problemu, propozycja objęcia jej wsparciem specjalisty lub konieczność skonfrontowania. Zaproszenie kilku członków rodziny może wyniknąć z potrzeby mediacji, ustalenia wspólnego, rodzinnego planu działań na rzecz dziecka lub innej osoby potrzebującej wsparcia w rodzinie. Wynikiem ustaleń rodziny ze specjalistami może okazać się zorganizowanie Konferencji Grupy Rodzinnej.

1. Pracownik socjalny kontaktuje się z rodziną i informuje o potrzebie uczestnictwa, informuje o celach spotkania i wyjaśnia wszystkie nieścisłości, ustala z zaproszonym przedstawicielem rodziny dogodny termin spotkania.
2. Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni podejmują współpracę z rodziną – jej przedstawicielem w ramach ZIDR.

W ramach ZIDR rodzina lub jej przedstawiciel:

* informowany jest o wynikach oceny – diagnozy sytuacji jego rodziny,
* wzbogaca diagnozę o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń,
* definiuje w imieniu swoim i rodziny potrzeby, cele, środki i oczekiwane rezultaty,
* ustala działania do realizacji i dzieli się zadaniami na najbliższy okres,
* podejmuje decyzję o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów,
* podejmują decyzję o włączeniu innego/kolejnego przedstawiciela rodziny do prac   
  w ramach ZIDR,
* wspólnie ze specjalistami opracowuje koncepcję Indywidualnego Projektu Socjalnego (IPS) – w tym określa potrzebę poszerzenia wsparcia o usługi określone w Pakiecie usług.

1. Specjalista ds. sieci wsparcia dokumentuje spotkania na druku protokołu ZIDR oraz rozlicza podjęte działania na druku monitoringu ZIDR.

**Dynamika działań ZIDR**

Tempo pracy ZIDR zależy od kilku czynników:

* od zaangażowania rodziny – poszczególnych jej członków, we współpracę   
  ze specjalistami,
* od wielkości rodziny oraz głębokości problemu dziedziczonego ubóstwa   
  i dysfunkcji, jakie w danej rodzinie występują,
* od oceny specjalistów, w jakim tempie te zmiany mogą być przeprowadzane   
  z korzyścią dla rodzin,
* od harmonogramu działań zaplanowanych w ramach IPS.

**Krok 3: Opracowanie indywidualnego projektu socjalnego**

1. Przedstawiciel rodziny, specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model   
   oraz specjaliści zewnętrzni w ramach spotkań ZIDR podejmują negocjacje na temat określenia i zapisania na druku IPS opisu sytuacji rodziny oraz celów głównych   
   i szczegółowych (wynikających ze zgłoszonych przez rodzinę i zauważonych przez specjalistów potrzeb).
2. Członkowie ZIDR w odniesieniu do celów – określaną działania (zadania), sposoby, formy, metody i terminy ich realizacji, wyznaczają realizatorów poszczególnych działań, szacują koszty poszczególnych działań, a także analizują i zapisują na karcie IPS przewidywane efekty działań. Członkowie ZIDR dzielą się zadaniami określonymi w IPS.
3. Pracownik socjalny dokumentuje wymienione powyżej ustalenia na karcie IPS, udostępnia kopie IPS uczestnikom oraz określa termin kolejnego spotkania ZIDR.

### 

### **IV ETAP – realizacja indywidualnego projektu socjalnego**

**Krok 1: Wdrażanie postanowień IPS/rozliczanie zadań**

1. Realizacja przez członków rodziny działań zgodnie z harmonogramem zawartym   
   w IPS, weryfikacja obranych założeń.
2. Monitoring i ewaluacja ustaleń w ramach ZIDR dokumentowane są przez S na druku protokołu ze spotkania Zespołu Interdyscyplinarnego do Spraw Rodziny.
3. Członkowie ZIDR spotykają się zgodnie z terminami określonymi w harmonogramie działań. PS na tym etapie monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego przy użyciu kwestionariusza monitoringu   
   i ewaluacji IPS. W razie potrzeby członkowie ZIDR dokonują zmian w IPS w obszarze celów i zadań do realizacji.
4. Specjaliści pracujący w ramach Modelu oraz specjaliści zewnętrzni, bazując na zasobach, w maksymalnym stopniu mobilizują przedstawicieli rodziny do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji.

**Krok 2: wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej**

1. Pracownik socjalny wraz z kolejnymi metodycznymi etapami realizacji założeń IPS, wykorzystuje w pracy z rodziną odpowiednie formy i narzędzia pracy. Konsultuje działania ze specjalistą ds. sieci wsparcia, poddaje superwizji swoją pracę.

**REKOMENDACJA**

Przygotowany do pełnienia swojej roli PS, w ramach działań na rzecz rodziny podejmuje decyzję o celowości udzielania wsparcia i wyborze jego najodpowiedniejszej formy.

W ramach Modelu dopuszcza się wykorzystanie różnorodnych narzędzi opisu, diagnozy i rozwiązywania problemów. Zakres działań PS powinien wynikać   
z ustalonego w ramach ZIDR planu pracy z rodziną i służyć realizacji celów zawartych w IPS. W ramach Modelu rekomenduje się metody pracy socjalnej oraz usługi zaprezentowane w standardach pracy socjalnej.

### **V ETAP – zakończenie indywidualnego projektu socjalnego**

1. Decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać omówiona i podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny, oraz udokumentowana na karcie monitoringu działań ZIDR.

Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić, gdy:

* Zostaną zrealizowane cele określone w IPS.
* Wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego.
* Rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń.
* Rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

1. Specjaliści oraz przedstawiciel rodziny dokonują ewaluacji działań na druku karty monitoringu i ewaluacji IPS.
2. W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona.
3. Pracownik socjalny podejmuje kontakt z rodziną po trzech i sześciu miesiącach od czasu zakończenia okresu współpracy, celem uzyskania informacji o funkcjonowaniu rodziny po zakończeniu współpracy.
4. **Specyfika pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa**
   1. **Zadania i rola pracownika socjalnego (*case managera*)**

Pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną (PS) jest osobą, która zarządza wsparciem udzielanym członkom rodziny. Jego aktywność obejmuje pracę w środowisku klientów – jest współodpowiedzialny (wraz ze specjalistą ds. sieci wsparcia) za budowanie sieci wsparcia wokół rodziny zagrożonej lub dotkniętej problemem dziedziczonego ubóstwa. Pomoc udzielana przez PS ma charakter indywidualny, polegający na dostosowaniu podejścia i metod pracy do specyficznej sytuacji każdej z rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedziczonego ubóstwa. PS ściśle współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia (S), uczestnicząc w spotkaniach konsultacyjnych (SK), pełni również rolę lidera w Zespole Interdyscyplinarnym ds. Rodziny (ZIDR) powołanym do pracy z członkami rodzin.   
PS przygotowuje i realizuje indywidualny projekt socjalny (IPS).

* **Zadania PS**

PS jest zaangażowany w pracę od początku wdrażania modelu, przy czym charakter realizowanych przez niego zadań jest warunkowany specyfiką działań przewidzianych   
na poszczególnych etapach.

1. **Na etapie diagnostycznym:**

* analizuje środowisko – ustala listę rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem/komórką realizującą Model.

1. **Na etapie organizacyjnym:**

* analizuje dokumentację (w tym Kartę oceny formalnej) pod kątem zakwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem,
* współtworzy i adaptuje wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych   
  do wykorzystania w ramach Modelu,
* uczestniczy w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
* współtworzy pakiet usług i informatorium, rekomenduje usługi,

1. **Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia:**

* nawiązuje kontakt z rodzinami spełniającymi kryteria dziedziczonego ubóstwa,
* nawiązuje współpracę z rodzinami, przeprowadza wstępną diagnozę (gromadzi   
  i porządkuje informacje na temat rodziny, dokonuje analizy i opisu sytuacji rodziny, rozpoznaje sytuację jej członków, rozeznaje dotychczasowe formy wsparcia, jakich im udzielano)
* przeprowadza pogłębioną diagnozę rodzin objętych wsparciem,
* określa cele pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków,   
  w szczególności dzieci i młodzieży,
* współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia w ramach Spotkań Konsultacyjnych (analizuje dokumentację, opracowuje koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS), ustala wymagany zakres wsparcia środowiskowego – wykorzystując Pakiet usług),
* dobiera kompleksową, skoordynowaną ofertę usług zawartych w Pakiecie na rzecz konkretnych rodzin,
* planuje i przygotowuje pracę socjalną (indywidualną, grupową i środowiskową)   
  z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
* uzgadnia skład Zespołów Interdyscyplinarnych Ds. Rodziny (ZIDR).

1. **Na etapie realizacji wsparcia:**

* realizuje pracę socjalną (indywidualną, grupową i środowiskową)   
  z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
* współprowadzi ZIDR, ewaluuje prace ZIDR,
* monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji IPS,
* zarządza pomocą udzielaną poszczególnym rodzinom przez podmioty wchodzące   
  w skład sieci wsparcia,
* prowadzi niezbędną dokumentację związaną z pracą socjalną na rzecz rodzin.

**Należy bardzo wyraźnie rozdzielić funkcje i zadania pracownika socjalnego (PS)   
i specjalisty ds. sieci wsparcia (S)**

PS i S ściśle ze sobą współpracują, konsultują swoje działania, jednak pełnią różne role podczas wdrażania Modelu. Szczególnie ważne jest zrozumienie roli PS i S jako kreatorów sieci wsparcia. S jest odpowiedzialny za stworzenie lokalnej sieci wsparcia na poziomie międzyinstytucjonalnym, to on jest odpowiedzialny za zbudowanie swoistego „zaplecza pomocowego” dla rodzin, biorących udział w działaniach modelowych. Natomiast rolą PS jest wybranie (w ramach stworzonej przez S lokalnej sieci wsparcia) tych form pomocy, które są jej najbardziej potrzebne. W ten sposób staje się on kreatorem „indywidualnej” sieci wsparcia dla każdej z rodzin, z którymi współpracuje.

* **Metody pracy PS**

Podstawową metodą pracy pracownika socjalnego, organizującą jego działanie jest metoda pracy z indywidualnym przypadkiem (*case work*) z zastosowaniem *Case Managementu*.

*Case work*, jako metoda pracy socjalnej, obejmuje optymalne działania na rzecz rozwiązywania problemów pojedynczych osób, jednostek. Z kolei celem *Case Managementu* jest efektywne połączenie zasobów indywidualnych klienta (np. poczucia własnej wartości, świadomości posiadania kompetencji, umiejętności samosterowania, sprawności fizycznej, sprawności kognitywnej, umiejętności nawiązywania relacji międzyludzkich, inteligencji emocjonalnej) z zasobami, jakimi dysponuje środowisko życia klienta, tj. sieć nieformalna (członkowie rodziny, przyjaciele, znajomi), struktury formalne (pomoc społeczna, grupy wzajemnego wsparcia), system wartości, którym klient się kieruje, uznawane przez niego normy i autorytety oraz zasoby materialne (stan posiadania klienta oraz dostępna infrastruktura, np.: sklepy, place zabaw, świetlice, kluby integracji itd.) w celu przezwyciężenia problemów jego i jego rodziny[[2]](#footnote-2).

*Case Management* realizowany ramach Modelu w szczególności polega na:

* wypracowaniu skoordynowanej sieciowej strategii działania odpowiadającej celom wsparcia i dostosowanym do nich działaniom na rzecz rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedziczonego ubóstwa;
* precyzyjnym zaplanowaniu procesu pomocowego i sterowaniu tym procesem;
* dialogu z członkami rodzin, który umożliwia elastyczne reagowanie na jego problemy;
* aktywizacji klientów i jego środowiska (*empowerment*), czyli jak najwcześniejszym włączeniu ich w działania związane z interwencją;
* poszerzeniu autonomii klientów, zapobieganiu pozostawaniu ich w zależności   
  od profesjonalistów;
* monitoringu i ewaluacji wsparcia;
* doskonaleniu szeroko rozumianego systemu pomocowego;
* przezwyciężaniu zawodowej separacji poszczególnych dyscyplin profesjonalnego pomagania[[3]](#footnote-3).

Zestawienie zadań menedżera przypadku prezentuje schemat nr 2.

**Schemat 2. Zadania menedżera przypadku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Smrokowska-Reichman, Z*arządzanie przypadkiem   
– Case Management (CM) w pracy socjalnej*, w*: Nowe kierunki i tendencje w organizacji i zarządzaniu pomocą społeczną*, red. A. Skowrońska, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 29.

**Do niezbędnych kompetencji Case Managera należy zaliczyć:**

* **Pozytywne nastawienie** – siłą *Case Managera* jest samokontrola i panowanie   
  nad własnym nastrojem. Powinien założyć, że każda osoba, którą spotyka, także jego klient, jest jego nauczycielem, a każda sytuacja – lekcją.
* **Umiejętność aktywnego słuchania** – jest ona konieczna do rozpoznawania aktualnej sytuacji klienta. Polega ona nie tylko na uważnym słuchaniu, ale także na parafrazowaniu wypowiedzi, aby upewnić się, czy dobrze rozumiemy jej treść oraz na umiejętnym podsumowaniu;
* **Reagowanie na zastrzeżenia klienta**, które są naturalnym objawem jego zainteresowania sprawami, które go dotyczą.

Na podstawie: *Elementy metody Case Management w pracy z klientami z niepełnosprawnością   
w publicznych służbach zatrudnienia województwa śląskiego. Poradnik*, opr. G. Sikorski i in., Katowice 2015, s. 15.

Podczas organizowania swojej pracy wokół *Case Managementu*, PS wykorzystuje takie metody pracy, jak:

1. **Metoda pracy socjalnej z wykorzystaniem indywidualnego projektu socjalnego (IPS)**

Wykorzystanie metody indywidualnego projektu socjalnego zostało szczegółowo omówione w rozdziale 5.3 niniejszego podręcznika.

1. **Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (*PSR, Solution Focused Approach – SFA*)**

PSR jest jednym ze sposobów pracy z rodziną, mieszczących się w konwencji opartej na zasobach. Podejście to zakłada działanie zgodnie z poniższymi zasadami.

1. Mimo życiowych zmagań wszyscy ludzie posiadają mocne strony, które mogą być wykorzystane w celu poprawy jakości swojego życia. Terapeuci powinni szanować ten potencjał i kierunki, w których klienci chcieliby podążać.
2. Motywację klienta zwiększa się poprzez stały nacisk na jego mocne strony, zgodnie   
   z tym, jak klient je postrzega.
3. Odkrywanie mocnych stron wymaga wspólnego zaangażowania klienta i osób pomagających, przy czym nie należy zakładać, że wiedzą z góry, co jest potrzebne do polepszenia życia klienta.
4. Koncentracja na mocnych stronach odsuwa od osób pomagających pokusę osądzania   
   lub obwiniania klientów za trudności, w których się znaleźli, a kieruje ich ku odkrywaniu, jak klientom udało się przeżyć w tak trudnych okolicznościach.
5. Wszystkie środowiska, nawet te najbardziej patologiczne, mają w sobie zasoby[[4]](#footnote-4).

PSR koncentruje się na rozwiązaniach, zmianach i pozytywnych dostępnych możliwościach, na partycypowaniu klienta w opisywaniu celów i pożądanej przyszłości. Klient postrzegany jest przez pryzmat unikalnych talentów i mocnych stron, jakie posiada, nie tylko w kontekście problemów, które go dotykają. Przyjmuje się, że to klient jest ekspertem od swojego życia, zatem podstawą terapii są cele określone przez niego. PSR sprawdza się w terapii krótkoterminowej[[5]](#footnote-5).

W pracy z rodziną w konwencji PSR istotne jest postępowanie ukierunkowane poprzez kilka istotnych założeń:

1. **Wsparcie powinno być „skrojone na miarę”** – ma odpowiadać na potrzeby konkretnej rodziny. Należy zatem przyjąć, że nie ma prostych rozwiązań, które pasują do każdego.
2. **Należy poszukiwać różnych rozwiązań danej sytuacji** – więcej możliwości wyboru oznacza większą szansę na znalezienie takiego, które będzie skuteczne.
3. **Opór ze strony klienta jest zaproszeniem do współpracy** – postawa oporu oznacza, że należy zmienić metody działania i poszukać nowych, bardziej efektywnych.
4. **Nastawienie i oczekiwanie zmiany przez osobę pomagającą** – jej wiara   
   w zdolność klienta do zmiany warunkuje wynik terapii.
5. **Nie należy formułować zbyt wysokich oczekiwań wobec efektów wsparcia** – lepiej ukierunkować się na osiągnięcie mniejszych, za to realnych celów, w myśl zasady, że małe zmiany prowadzą do dużych zmian.
6. **Pokonanie trudności i przeprowadzeni zmiany jest możliwe dzięki uruchomieniu sił i zasobów, które tkwią w klientach** – czując się kompetentni wykazują większą gotowość do współpracy.
7. **Nie zawsze istnieje logiczny związek między określonym problemem klienta i jego rozwiązaniem** – oczekiwania i potrzeby klienta co do preferowanej przyszłości nie zawsze muszą mieć związek z problemem.
8. **W pracy z klientami istotne jest skoncentrowanie się na przyszłości**   
   – sięganie do przeszłości jest zredukowane do tych wyjątkowych momentów, kiedy studenci radzili sobie z danym problemem.
9. **Każdy klient jest zdolny do tego, by określić i wybrać, co jest dla niego dobre** i to on ostatecznie i tak postąpi w sposób, który uzna dla siebie za najlepszy.[[6]](#footnote-6)

Zasady Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach omówiono szerzej w następujących pracach:

* J. Szczepkowski, Praca socjalna. Podejście Skoncentrowane   
  na Rozwiązaniach, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2010.
* I. Krasiejko, Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2010.

1. **Dialog Motywujący (DM)**

DM jest ukierunkowaną rozmową, w której prowadzący dąży do tego, aby wywołać   
u rozmówcy (klienta) motywację do zmiany i wzmocnienie jej. DM towarzyszy specyficzna atmosfera, tzw. duch dialogu motywującego, który przejawia się troską o dobro klienta, okazywaną mu akceptacją, stałą współpracą i dbałością o to, by stworzyć przestrzeń, gdzie klient wymienia powody zmiany[[7]](#footnote-7). DM jest sposobem komunikowania opartym na współpracy, w którym zwraca się szczególną uwagę na język zmiany. Zamierzeniem DM jest umocnienie osobistej motywacji i zobowiązania do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobycie i zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji   
i współczucia[[8]](#footnote-8).

W pracy wykorzystującej DM obowiązują trzy podstawowe zasady:

1. **Wyrażanie empatii przez zdolność odczuwania doświadczeń** (np. bólu lub przyjemności) drugiej osoby, tak jak ona je przeżywa. Chodzi także o umiejętność usłyszenia i poczucia nawet tego, czego klient nie mówi wprost, o skupieniu się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.
2. **Rozwijanie ambiwalencji przez poszukiwanie i poznawanie wewnętrznych przekonań i uczuć klienta na temat tego, jakie znaczenia ma wprowadzenie zmiany dla niego samego**. W szczególności ważne jest poznawanie istotnych dla niego wartości i tego, jak postrzega siebie, wydobycie rozbieżności między jego obecnym postępowaniem a wartościami, które są dla niego ważne, nacisk położony jest na podkreśleniu tej wewnętrznej sprzeczności.
3. **Wspieranie poczucia sprawczości przez podtrzymywanie wiary klienta   
   w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie**, podkreślanie decyzji, które podejmuje (wspierania autonomii), by spełnić własne marzenia, pragnienia i osiągnąć cele wynikające z jego wartości; wzmacnianie wiary klienta w jego zdolność do spełniania własnych marzeń.[[9]](#footnote-9)

Wymienione powyżej zasady odnoszą się do celów, które powinny zostać osiągnięte   
w trakcie DM. Są nimi:

1. Budowanie więzi.
2. Rozwiązywanie ambiwalencji.
3. Umacnianie klienta.

DM odbywa się przy wykorzystaniu kilku podstawowych pojęć[[10]](#footnote-10):

1. **Wiosła (OARS)**, którymi są:
   1. pytania otwarte,
   2. dowartościowania,
   3. odzwierciedlenia,
   4. podsumowania.

Stosowanie wioseł w sposób motywujący pozwala klientowi poczuć się wysłuchanym   
 i zrozumianym na tyle, że będzie zdolny do podjęcia i kontynuowania pracy   
w kierunku zmiany.

1. **Ambiwalencja**

W DM chodzi o dotarcie z klientem do momentu, w którym jest zaalarmowany przeżywaną ambiwalencją (tym, gdzie jest w porównaniu z tym, gdzie chce być).

1. **Opór i język podtrzymania**

Opór jest związany z określonymi uczuciami i zachowaniami, które zachodzą w relacji interpersonalnej i wynikają z braku współpracy lub wzajemnych nacisków. Natomiast język podtrzymania tworzą te wypowiedzi klienta, w których podkreśla, dlaczego nie może się zmienić, dlaczego nie warto się starać albo jakie są dobre strony obecnej sytuacji. Istotą pracy z klientem jest praca z oporem i językiem podtrzymania   
– wydobycie od klienta jego własnych argumentów za tym, dlaczego warto podjąć zmianę.

1. **Język zmiany**

Zadaniem osoby prowadzącej DM jest bazowanie na tych elementach języka klienta, które wskazują na dążenie do podjęcia zmiany, jak również wzmacnianie języka zmiany.

1. **Język zobowiązania**

Język zobowiązania zwiastuje zmianę zachowania. Zadaniem prowadzącego DM jest rozpoznanie, że słyszy język zobowiązania i umocnienie klienta w zobowiązaniu, Istotne jest przy tym, że dostrzeganie języka zmiany wzmacnia język zobowiązania.

Zasady Dialogu Motywującego omówiono szerzej w następujących pracach:

* Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.
* I. Krasiejko, J.M. Jaraczewska, Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2012.

1. **Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)**

KGR stanowi nowe podejście do pracy z dziećmi, młodzieżą i całą rodziną. KGR jest spotkaniem (zebraniem, naradą) jak największej liczby członków rodziny i osób bliskich emocjonalnie rodzinie w celu podjęcia próby rozwiązania problemu, jaki dotyka rodzinę. KGR bazuje na zasadzie, w myśl której to rodzina jest najważniejszą instytucją, która jest odpowiedzialna za nią samą i jej członków, dlatego też powinna podjąć samodzielną próbę zmierzenia się z problemem, co często następuje jeszcze przed ingerencją ze strony instytucji pomocowych[[11]](#footnote-11). Metoda ta ma charakter innowacyjny, wykorzystuje potencjał, jaki posiada rodzina w celu zaktywizowania jej członków do stworzenia bezpiecznego planu i podjęcia odpowiedzialności za jego wypełnianie. Oprócz członków rodziny oraz osób bliskich w KGR uczestniczą także specjaliści, tacy jak osoba zgłaszająca, koordynator oraz fachowcy, zajmujący się rozwiązywaniem konkretnych problemów, które dotykają rodzinę.

U podstaw KGR leży przekonanie, że rodzina stanowi szczególny system, a jej członkowie są połączeni więzami emocjonalnymi, stanowiącymi pewną siłę, potencjał, który powinien zostać uruchomiony w celu rozwiązania problemów, które ją dotykają. Rodzina jest więc traktowana jako ekspert w swojej sprawie. KGR w szczególności może służyć w celu rozwiązania sytuacji trudnych, w jakich znalazły się dzieci. Do najważniejszych celów KGR należy zaliczyć następujące[[12]](#footnote-12):

* wzmocnienie rodziny w zakresie samodzielnego podejmowania decyzji i działań   
  w sytuacjach problemowych;
* wyzwolenie w rodzinie refleksji na temat swoich mocnych i słabych stron oraz zmiany sytuacji przy wykorzystaniu swoich zasobów;
* stworzenie szerokiej sieci wsparcia dla rodziny z problemem poprzez zaangażowanie jak największej liczby członków rodziny, zarówno tych znaczących jak i mniej ważnych;
* angażowanie członków rodziny w proces konstruowania planu pomocowego poprzez podniesienie ich motywacji i uwzględnienie aktualnych możliwości systemu;
* wskazanie w rodzinie pozytywnych aspektów jej funkcjonowania i zasobów poszczególnych członków w celu konstruktywnego rozwiązania problemu;
* realizacja celów i zamierzeń stanowiących odpowiedź na potrzeby rodziny   
  i wymagania systemu;
* unikanie przez rodzinę angażowania w jej problemy innych podmiotów i instytucji,   
  np. sądów i restrykcyjnego rozwiązywania problemów np. poprzez umieszczenie dzieci w ośrodkach opiekuńczo – wychowawczych.

**W pracy z wykorzystaniem metody KGR można wyróżnić cztery zasadnicze etapy:[[13]](#footnote-13)**

1. **Zgłoszenie rodziny**

Etap ten obejmuje wstępne zakwalifikowanie rodziny znajdującej się w sytuacji problemowej do KGR, wyrażenie przez rodzinę zgody na udział w KGR oraz przydzielenie jej koordynatora.

1. **Przygotowanie konferencji**

Na tym etapie rodzina przy wsparciu koordynatora przygotowuje spotkanie, m.in. ustala listę uczestników, miejsce, godzinę spotkania. Etap ten obejmuje także działania wszystkich członków KGR związane z ich przygotowaniem się do spotkania. Ta część pracy metodą KGR jest najdłuższa i najważniejsza.

1. **Spotkanie rodziny (konferencja rodzinna)**

Podczas spotkania zaprezentowany zostaje problem rodziny. Koordynator albo osoba zgłaszająca, prezentuje mocne strony rodziny, jak również zagrożenia dla jej funkcjonowania. Na tym etapie możliwe jest zadawanie dodatkowych pytań osobie odpowiedzialnej za rodzinę z ramienia systemy pomocy. W ramach spotkania przewiduje się także czas, w którym rodzina pozostaje sama w pomieszczeniu,   
w którym odbywa się konferencja. W tym czasie członkowie rodziny rozważają uzyskane informacje, poszukują optymalnych rozwiązań i w efekcie sporządzają plan rozwiązania problemu. Po tym następuje zaakceptowanie planu stworzonego przez rodzinę. Odrzucenie przez koordynatora planu może dotyczyć jedynie sytuacji związanych   
z brakiem zabezpieczenia podstawowych interesów dziecka. Rezultatem spotkania jest podpisanie planu działania.

1. **Wypełniania postanowień i kontrola poczynań rodziny ze strony systemu pomocy.**

Na tym etapie koordynator ustępuje miejsca osobie zgłaszającej, której zadaniem jest kontrolowanie realizacji planu. Istotne jest, że funkcję kontrolną pełni również sama rodzina, pilnując realizacji swoich zobowiązań. Przedstawiciel rodziny zdaje relacje   
o postępach z wypełniania planu działania, może zaproponować ponowne zorganizowanie KGR.

Zasady Konferencji Grupy Rodzinnej omówiono szerzej w pracy:

* J. Przeperski, Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej   
  z rodziną, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015.

Powyższe metody nie są jedynymi, które mogą być wykorzystane w pracy z rodziną zagrożoną problemem dziedziczonego ubóstwa. PS może zastosować również inne metodyczne sposoby działania, które mieszczą się w paradygmacie *Case Managementu*.

**Decyzję o wyborze konkretnej metody pracy powinno poprzedzić rozważenie następujących kwestii:**

* Czy dana metoda była już wykorzystywana w pracy z konkretną rodziną? Na ile była skuteczna?
* Czy dzięki proponowanej metodzie możliwe jest udzielenie skutecznego wsparcia wszystkim członkom rodziny, w szczególności dzieciom i młodzieży?
* Na ile dana metoda ma szansę wzmocnić motywację rodziny i jej członków do pozytywnej zmiany ich sytuacji?
* Czy dana metoda zakłada aktywny udział członków rodziny w kształtowaniu ścieżki wsparcia?
* Czy proponowana metoda wykorzystuje zasadę empowerment?
* Jak kosztochłonne jest wdrożenie danej metody (w relacji koszt – rezultat)?
* Czy możliwe jest wdrożenie proponowanej metody przy wykorzystaniu dostępnej sieci wsparcia?

Pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną powinien odbyć szkolenie z zakresu wdrożenia Modelu, w ramach którego przewidziane jest przeszkolenie z szeroko rozumianej pracy metodą indywidualnego przypadku i tworzenia indywidualnych projektów socjalnych. Wdrożenie Modelu może również wymagać innych szkoleń. Dodatkowo, jako wzmocnienie   
i podniesienie kompetencji pracowników socjalnych, proponuje się wprowadzenie superwizji, jak również grup edukacyjnych opartych na metodzie *Study Circle* (SC).

Szczegółowe omówienie metody Study Circle można znaleźć w opracowaniu:

* A. Kłujszo i in., Study Circle. Szwedzka metoda edukacji dorosłych, Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS, dostęp online: http://www.studycircle.pl/edukacja/zobacz/Podrecznik-Study-Circle.

**Rekomendacja**

Rekomendowane szkolenia dostępne na rynku:

* wykorzystanie narzędzi analizy, diagnozy i ewaluacji rekomendowanych do wykorzystania w Modelu;
* praca z klientem/rodziną w oporze – wspomaganie w procesie zmian, przygotowanie do zmiany, wspieranie w dokonaniu zmiany i jej utrwalanie, przezwyciężania oporu przed zmianą, metody i techniki motywowania w pracy socjalnej;
* wykorzystanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach i Dialogu Motywującego w pracy z rodzinami;
* praca metodą Konferencji Grupy Rodzinnej;
* mediacje i negocjacje w pracy socjalnej;
* opracowanie i negocjowanie z klientem/rodziną założeń Indywidualnego Projektu Socjalnego i kontraktu socjalnego (analiza SWOT sytuacji rodziny, określanie celów, działań, przewidywanych efektów, nawiązywanie współpracy środowiskowej);
* wykorzystanie metody Study Circle w samokształceniu i doskonaleniu pracowników socjalnych;
* *Case Management* i nawiązywanie partnerstw.
  1. **Rola rodziny w kreowaniu ścieżki wsparcia**

Jednym z podstawowych założeń opracowanego Modelu jest zapewnienie aktywnego udziału rodziny egzystującej na terenie pogórniczym w procesie planowania   
 i realizacji działań na rzecz poprawy ich sytuacji, z uwzględnieniem celu, jakim jest przeciwdziałanie procesom wielopokoleniowego dziedziczenia ubóstwa. Realizacja tego założenia odbywa się w oparciu o szereg zasad stanowiących podstawy systemu pomocy społecznej oraz pracy socjalnej. Jako kluczowe w Modelu przyjęto:

1. **Zasadę pomocniczości**, według której istotą pomocy społecznej jest dążenie   
   do zaangażowania w proces pomagania przede wszystkim osoby i rodziny.
2. **Zasadę empowermentu**, według której działania podejmowane przez instytucje pomocowe zmierzają do upodmiotowienia, wzmocnienia lub odzyskania poczucia kontroli oraz wpływu na środowisko zewnętrzne w celu uczynienia z osób i rodzin aktywnych członków społeczności.
3. **Zasadę partnerstwa i partycypacji**, według której osoba korzystająca ze wsparcia jest równorzędnym partnerem procesu pomocowego, a jej decyzje i wybory powinny być uwzględniane zarówno na etapie planowania wsparcia, jak i jego realizacji.

Tak zdefiniowane w ramach Modelu zasady systemu pomocy społecznej przekładają się na szczegółowe zasady postępowania pracownika socjalnego w relacji z rodziną. Jako standard przyjęto zasady pracy socjalnej opracowane przez Ryszarda Szarfenberga.

* 1. **Zasada akceptacji podopiecznego** oparta na tolerancji, poszanowaniu godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych. Zasada ta jest realizowana   
     w kontaktach indywidualnych oraz w ramach spotkań Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny, w których uczestniczą rodziny.
  2. **Zasada indywidualizacji**, czyli podmiotowego podejścia do klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jego prawami i potrzebami. Ucieleśnieniem tej zasady jest prawo do współdecydowania osób o uzyskiwanych formach wsparcia oraz stopniu zaangażowania się w realizację działań, uwzględniając cechy i możliwości indywidualne.
  3. **Zasada poufności** ‒ respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem sytuacji i okoliczności wynikających z przepisów obowiązującego prawa). Zasada ta jest realizowana jako ogólna zasada prowadzenia działań w systemie pomocy społecznej.
  4. **Zasada prawa do samostanowienia** – prawo klienta do wolności   
     i odpowiedzialności za swoje życie – jest realizowana poprzez umożliwienie swobodnego podejmowania decyzji o przystąpieniu do realizacji Indywidualnych Projektów Socjalnych oraz kierunkach działań, jakie będą podejmowane w ich ramach i formach aktywności rodziny.
  5. **Zasada współodpowiedzialności za proces zmiany** – odpowiedzialność tę ponosi zarówno pracownik służby społecznej, jak również rodzina i poszczególni jej członkowie. Stanowi element upodmiotowienia strony, której poziom aktywności   
     i współdecydowania powinien ulegać zwiększeniu wraz z udzielanym wsparciem. Jest zarazem przejawem wykorzystania w systemie pomocy społecznej zasady empowermentu.
  6. **Zasada solidarności**, stanowiąca odbicie założenia, iż w obliczu problemów wykraczających poza system rodzinny jednostka jest zbyt słaba, aby samodzielnie rozwiązywać problemy społeczne; muszą one być rozwiązywane przy wsparciu grupy, w ramach wspólnot lokalnych tworzących odpowiednią infrastrukturę pomocy
  7. i integracji społecznej. Zasada ta jest realizowana jako element kluczowy działań   
     w ramach Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny.
  8. **Zasada wzmacniania kompetencji i możliwości rozwojowych klienta**   
     – wyposażenie w wiedzę i umiejętności niezbędne do samodzielnego funkcjonowania stanowi jedno z podstawowych założeń IPS, w ramach których oferowanej jest wsparcie dla rodziny w różnych formach – zależnie od indywidualnych potrzeb członków.
  9. **Zasada udostępniania zasobów** – rodzina ma możliwość, przy wsparciu pracownika socjalnego – *Case Managera*, poszukiwania możliwości zaspokojenia uzasadnionych potrzeb, które wskazuje na etapie definiowania problemu oraz opracowania IPS. Stanowią one formułę, w ramach której możliwe jest udostępnienie szerokich zasobów – zarówno będących w dyspozycji systemu pomocy społecznej, jak i pozostałych instytucji działających w ramach utworzonej sieci.
  10. **Zasada neutralności** – poszukiwanie przyczyn i sposobów rozwiązań związanych   
      z powodem, dla którego osoba/rodzina korzysta z usług pomocy i integracji społecznej, niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające i odbiorców tych usług. Zasada ta jest szczególnie istotna na etapie kwalifikowania uczestników działań pomocowych w ramach IPS.
  11. **Zasada obiektywizmu (nieoceniania)** – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, niedokonywanie osądów podczas analizy sytuacji, która jest przyczyną korzystania przez osoby/rodziny z usług pomocy   
       i integracji społecznej. Zasadą tą w szczególności kierują się pracownicy socjalni na etapie diagnozy.
  12. **Zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienie   
      w postępowaniu pomocowym korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego. Wszystkie działania projektowe kierowane są zarówno do rodziny jako systemu, jak i indywidualnie, do poszczególnych członków.

Zasady pracy socjalnej omówiono szerzej w pracy:

* R. Szarfenberg, Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie, dostęp online: [http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie\_2601.pdf]

W aspekcie praktycznym, przyjęte zasady przekładają się na rolę rodziny i relacje rodzina – przedstawiciele instytucji w procesie kreowania przedstawionej poniżej ścieżki wsparcia.

1. **Pierwszy kontakt. Zrozumienie potrzeby/oczekiwania rodziny**

Uwzględniając kluczową rolę rodziny w procesie włączania się w realizację działań ramach Modelu należy przyjąć, że nawiązanie kontaktu stanowić będzie ważny element budowania i trwałości relacji i często decydować będzie o zaangażowaniu się rodziny,   
a w efekcie o ostatecznych rezultatach podejmowanych działań. Z perspektywy metodycznego działania w ramach pracy socjalnej etap ten definiowany jest jako zgłoszenie/ poznanie oczekiwania lub życzenia. Następuje ono de facto przed stwierdzeniem, czy rodzina spełnia kryteria objęcia wsparciem w ramach Modelu, stąd niezwykle ważne jest, by wszyscy pracownicy wykazywali zaangażowanie oraz byli przygotowani do realizacji tego wstępnego etapu budowania relacji.

Zakłada się, że zgłoszenie następuje w jednej z trzech form:

1. zgłoszenie oczekiwania przez osobę zainteresowaną bezpośrednio pracownikowi; zapoznanie się z oczekiwaniem przez pracownika socjalnego;
2. zgłoszenie oczekiwania przez osobę zainteresowaną osobie innej niż pracownik socjalny (kontakt osobisty lub telefoniczny);
3. pośrednie zgłoszenie oczekiwania (osoby trzecie, e-mail, poczta).

Niezależnie od formy zgłoszenia, należy przyjąć, że na tym etapie brak jest jeszcze możliwości zakwalifikowania osoby/rodziny do wsparcia w ramach modelu. Zazwyczaj też rodzina nie jest w stanie zdefiniować swoich oczekiwań poza oczekiwaniami materialno-finansowymi, które stanowią najczęściej podstawowy bodziec do zgłoszenia się po pomoc. Na etapie zgłoszenia życzenia, rodzina – zazwyczaj poprzez swego reprezentanta   
– dokonuje wstępnej samodefinicji przyczyn trudnej sytuacji, w jakiej się znalazła (lub zaprzecza przyczynom wskazywanym przez osoby z zewnątrz, jeśli do zgłoszenia doszło bez udziału osoby/rodziny). Zgłoszenie osobiste jest też symptomem pewnego poziomu motywacji, jaką posiada rodzina, choć ukierunkowanie tej motywacji nie jest jeszcze oczywiste. Podczas formułowania życzenia, rodzina może także wskazać na potrzeby oraz okoliczności uzasadniające zaproponowanie jej odmiennego od standardowego podejścia   
w pracy, jakim jest opracowany Model. Oferta ta powinna jednak wypływać ze znajomości rodziny i środowiska. Oczywiście w większości przypadków środowiska rodzin dotkniętych lub zagrożonych wielopokoleniowym ubóstwem nie tylko są znane pracownikom socjalnym, ale także rodziny te znają zasady i mechanizmy działania instytucji pomocowych. Stąd zgłoszenie się rodziny do objęcia wsparciem może wynikać już ze wstępnej deklaracji chęci udziału w proponowanych w Modelu formach wsparcia. Ułatwi to zdecydowanie porozumienie i wzajemne zrozumienie się przedstawiciela/przedstawicieli rodziny   
z pracownikiem socjalnym, do którego zadań należy dokładne wyjaśnienie wszelkich wątpliwości klienta. Jednocześnie istotne jest, by o oczekiwaniach rozmawiać nie tylko   
z przedstawicielem rodziny, ale także z każdym z jej członków. Jest to szczególnie ważne, gdyż w przypadku rodzin przeżywających różnego rodzaju problemy w funkcjonowaniu rola przedstawiciela rodziny sprowadza się nie tylko do pośredniczenia, ale także do chronienia ewentualnych tajemnic rodziny, o których nie jest ona gotowa rozmawiać w pierwszym kontakcie.

1. **Opis sytuacji i ocena/diagnoza**

Zebranie informacji stanowiącej podstawę do oceny sytuacji rodziny odbywa się z jej aktywnym udziałem. Zgoda klienta na dokonanie oceny sytuacji jest tu niezwykle ważna,   
a zrozumienie celów dokonywanej oceny może mieć wpływ na jakość i wartość zebranych informacji. We wstępnym etapie dokonuje się zebrania informacji stosunkowo łatwo dostępnych (rodzinny wywiad środowiskowy, arkusze samooceny klienta, rozmowa   
z klientem i członkami rodziny, obserwacja bezpośrednia, w tym w oparciu o arkusze obserwacji, analiza dokumentów, informacje z najbliższego środowiska), dotyczących kwestii podstawowych, jak:

* struktura rodziny,
* jej funkcjonowanie w podstawowych obszarach życia codziennego,
* relacje rodziny z otoczenie, zewnętrznym, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji dzieci.

Zbierane w ten sposób informacje są kluczowe do pozyskania zgody rodziny na objęcie pracą socjalną w formule przyjętej w Modelu oraz podjęcia decyzji o zakwalifikowaniu rodziny – tj. spełnieniu przez nią przyjętych kryteriów.

Tak sformułowana wstępna ocena/diagnoza ewoluuje następnie w relacji pracownik socjalny – specjalista ds. sieci wsparcia. W odniesieniu do proponowanego rozwiązania systemowego ocena diagnoza sytuacji konkretnej rodziny osadzona zostaje na tle opracowanej wcześniej diagnozy społecznej/środowiskowej dla danego obszaru oraz uwzględnionych w niej specyficznych aspektach funkcjonowania danej społeczności (zasobach, możliwościach). Także tutaj szczególną wagę przykłada się do czynników (np. zasobów i barier) mający istotny wpływ na sytuację najmłodszego pokolenia, przyczyniających się do utrwalania lub przełamania mechanizmów dziedziczenia ubóstwa.

Uzyskany obraz sytuacji rodziny jest podstawą do dobrania odpowiednich specjalistów do pracy z rodziną w ramach ZIDR, którego jednym z podstawowych zadań jest wypracowanie z udziałem rodziny oceny/diagnozy na potrzeby indywidualnego projektu socjalnego.

Na tym etapie ocena/diagnoza powinna być formułowana w oparciu o różne narzędzia. Powinny one pozwolić na uzyskanie obrazu sytuacji, istotnego z punktu widzenia oczekiwań rodziny, w tym w szczególności (z uwagi na cele Modelu) obrazu sytuacja dziecka w rodzinie. Wraz ze wskazywaniem przez rodzinę kolejnych obszarów trudności, potrzeb i barier zaplanowano wykorzystanie różnego rodzaju narzędzi diagnostycznych bazujących na doświadczeniach wynikających z opracowanych standardów, przy czym decyzję o zastosowaniu narzędzia na danym etapie pracy podejmuje wspólnie rodzina wraz z pracownikiem – *case managerem* lub z członkami Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny na późniejszym etapie pracy z rodziną. Możliwe jest zatem odstąpienie od określonego narzędzia lub przeniesienie badania określonego obszaru na inny, bardziej dogodny dla rodziny termin. Zadaniem Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny będzie wiec także stałe pogłębianie i weryfikowanie diagnozy w oparciu o informacje pozyskiwane od rodziny lub pojawiające się w związku z realizowanym planem wsparcia (indywidualnym projektem socjalnym). Poszczególni specjaliści pracujący z rodziną (pedagodzy, psycholodzy, reprezentanci różnych podmiotów i instytucji) będą także mogli przygotowywać opinie na potrzeby pracy z rodziną. Zadaniem zespołu jest także zintegrowane oddziaływanie „na” rodzinę i budowanie dla niej sieci wsparcia z jej aktywnym udziałem. W przypadku stwierdzenia istotnych deficytów po stronie środowiskowego wsparcia rodziny informacja taka powinna stać się bodźcem dla specjalisty ds. sieci wsparcia do rozbudowania oferty we współpracy z lokalnymi partnerami – w miarę posiadanych możliwości.

**Wśród proponowanych narzędzi diagnostycznych znajdują się – między innymi:**

* [wywiad z rodziną z dziećmi](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS11_2601.pdf);
* genogram rodziny;
* ekogram rodziny;
* ankieta umiejętności wychowawczych;
* arkusz obserwacji dziecka małego (od 0 do 3 roku życia);
* [analiza czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie wobec dziecka](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS27_2601.pdf);
* [arkusz diagnostyczny przemocy w rodzinie wobec dzieci](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS28_2601.pdf);
* [arkusz oceny zagrożenia rozwoju dziecka](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Arkusz_NPS29.pdf).

Wykorzystane narzędzia stanowią załącznik do diagnozy, co zostaje odnotowane   
w odpowiedniej pozycji druku indywidualnego projektu socjalnego.

Zbieranie informacji – zwłaszcza do diagnozy „genetycznej”, odpowiadającej na pytanie o przyczyny obecnego stanu, oparte jest na zaufaniu klienta – nieufność stanowi barierę w pozyskaniu wiarygodnych informacji. Rodzina jednak nie może być przymuszana do udzielania informacji stanowiących pewnego rodzaju wewnętrzne tajemnice systemu rodzinnego. Dążenie do zebrania informacji za wszelką cenę jest postrzegane jako „wchodzenie z butami” w sferę prywatną, nierzadko intymną. Dlatego założono w Modelu, że zbieranie informacji do oceny diagnozy jest procesem. Rodzina udziela tych informacji   
– początkowo ogólnych, stanowiących obszary bezpieczne, których jest gotowa udzielić. Niezwykle istotne jest tu podejście zespołowe do pracy z rodziną, należy bowiem pamiętać, że przy ograniczonych możliwościach kadrowych może zaistnieć potrzeba dobrania pracownika, który z przyczyn indywidualnych – leżących po stronie rodziny – będzie jej odpowiadał jako partner procesu pomocowego.

Ocena/diagnoza (jako produkt) stanowi narzędzie pracy pracownika socjalnego, określające zebrane przyczyny trudnej sytuacji życiowej oraz źródła tych przyczyn, mocne strony i zasoby środowiska, słabe strony oraz ograniczenia, przeszkody i bariery   
w środowisku (ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki terenu pogórniczego). Bez współpracy rodziny nie byłoby możliwe stworzenie obrazu rzeczywistości, w jakiej funkcjonuje rodzina z jej perspektywy. Perspektywa ta może odbiegać od obiektywnej rzeczywistości, jednak stanowi ona pewnego rodzaju konstrukt w świadomości członków rodziny mogący sam w sobie stanowić zarówno ograniczenie, jak i czynnik wspierający proces zmiany ze względu na wpływ tego postrzegania na motywację do zmiany.

1. **Wyznaczanie celów działania**

W efekcie zdefiniowania problemów i przyczyn trudnej sytuacji życiowej, możliwe jest wypracowanie odpowiadających im celów. Zgodnie z metodologią pracy socjalnej, cel stanowi przewidywalny, wymierny, pożądany stan rzeczy, jaki może zostać osiągnięty dla poprawy sytuacji życiowej w środowisku rodzinnym. Wyznaczenie celów jest warunkiem skuteczności działań podejmowanych zarówno przez rodzinę, jak i instytucje pomocowe. Zakłada wskazanie głównych kierunków, w jakich podążać będzie rodzina w ramach udzielanego jej wsparcia. Ze względów motywacyjnych, cele powinny być atrakcyjne dla rodziny, a ich formułowanie powinno odbywać się z przeważającym jej udziałem. Wybór celu należy głównie do rodziny, pracownik pełni jedynie rolę moderatora, poprzez stwarzanie możliwości sformułowania celów z zachowaniem systemów wartości   
i oczekiwań rodziny. Należy wskazać, że na tym etapie internalizacja celów przez rodzinę   
– jako odpowiadających ich potrzebom i oczekiwaniom oraz atrakcyjnych i możliwych do osiągnięcia (jako źródło motywacji) – odgrywa ważną rolę dla dalszej realizacji wsparcia. Pracownik odpowiada za ujęcie celów w sposób zgodny z podejściem SMART.

1. **Plan pracy z rodziną – indywidualny projekt socjalny**

W zasadzie pracy rodziny przy współpracy pracownika socjalnego – *case managera* wraz z zespołem specjalistów, przy wsparciu instytucji i organizacji społecznych   
– w ramach proponowanego Modelu ma charakter indywidualnego (rodzinnego) projektu socjalnego. Formuła IPS nie wyklucza stosowania innych narzędzi (umowa, kontrakt socjalny), w zależności od potrzeb i możliwości rodziny. W ustalaniu planu działania niezbędny jest udział rodziny, która nie tylko wyznacza główne cele (o czym była mowa wcześniej), ale także dokonuje ostatecznego wyboru instrumentów/usług proponowanych w ramach działań ZIDR. W przypadku potrzeby włączenia działań, w które rodzina nie jest gotowa się zaangażować, możliwe jest stosowanie różnego rodzaju technik oddziaływania motywacyjnego, jednak ostateczna decyzja co do akceptacji planu (IPS) należy do rodziny lub pojedynczych jej członków. Przy tym ZIDR oraz poszczególni jego członkowie zachęcają i motywują osoby korzystające ze wsparcia do poszukiwania samodzielnych rozwiązań i wychodzenia z własnymi propozycjami, urealniając je poprzez wskazywanie możliwego do uzyskania pakietu usług.

Planowanie uzależnione jest od mocnych i słabych stron oraz od zasobów i deficytów środowiska – od tych czynników zależy liczba oraz stopień trudności zadań planowanych do realizacji oraz stopień zaangażowania instytucji i sieci wsparcia w rozwiązywanie pojawiających się problemów.

1. **Realizacja planu**

Uwzględniając zasadę pomocniczości, głównym realizatorem działań w przyjętych IPS jest rodzina. Udzielana przez pracowników pomoc ma na celu wzmocnienie zasobów lub ograniczenie barier, natomiast świadczone w formie usług wsparcie pełni funkcje kompensacyjne, wzmacnia motywację oraz przyspiesza proces wychodzenia z sytuacji problemowej poprzez odbudowę zasobów rodziny i wzmocnienie jej potencjału.

W procesie realizacji planu często następuje ponowna weryfikacja celów działania   
– rodzina może tracić zainteresowanie osiągnięciem określonego celu (brak lub pozorna motywacja), cele mogą zostać błędnie lub nietrafnie sformułowane, czy wreszcie mogą okazać się nieosiągalne (w ogóle lub na danym etapie pracy z rodziną). Współpracując   
z zespołem specjalistów (Zespołem Interdyscyplinarnym ds. Rodziny), jak również   
z pracownikiem pełniącym funkcję *case managera*, rodzina otrzymuje na bieżąco informacje zwrotne o postępach w realizowanych działaniach lub ich braku. Z rodziną szczegółowo omawiane są także problemy i trudności w realizacji poszczególnych działań oraz dokonywany jest wybór alternatywnych docelowych rozwiązań, mających na celu efektywną realizację działania.

1. **Ocena rezultatów**

Jako etap weryfikujący stopień osiągnięcia celów ocena rezultatów stanowi podsumowanie procesu wspierania rodziny, adekwatności podjętych działań, ich skuteczności i wartości osiągniętych rezultatów. Ocena może być okresowa lub końcowa.

W tym ostatnim przypadku dotyczy porównania zmian, jakie nastąpiły w sytuacji między początkiem a zakończeniem realizacji IPS. Ocena rezultatów jest także pewnym elementem procesu renegocjacji warunków dalszej współpracy z rodziną – stąd też dokonywana jest zarówno przez wszystkie osoby, które brały udział w działaniach na rzecz wyjścia rodziny   
z trudnej sytuacji życiowej (np. specjaliści, konsultanci, wolontariusze), jak również   
w formie samooceny rodziny. Wyniki oceny są porównywane i prezentowane z udziałem rodziny. To ona bowiem przede wszystkim musi dostrzec i ocenić zmiany, jakie nastąpiły   
w jej sytuacji życiowej.

Oceny dokonuje się w oparciu o Kartę Monitoringu i Ewaluacji Indywidualnego Projektu Socjalnego. W przypadku zmiany celów i zadań istnieje konieczność ponownego wypełnienia jednej z tabel zawartych w druku IPS (pkt. 3.3 IPS).

1. **Zakończenie wsparcia w ramach IPS**

Zakończenie wsparcia może nastąpić w związku z:

* zaprzestaniem przez rodzinę współpracy z pracownikiem socjalnym,
* zakończeniem działania po ustalonym czasie trwania lub po osiągnięciu zamierzonego celu.

Decyzja o zakończeniu wsparcia wynika zatem zawsze z decyzji rodziny lub decyzji rodziny podjętej wspólnie z zespołem wyznaczonych do współpracy specjalistów. Zakończenie udziału we wsparciu w ramach modelu nie wyklucza kontynuacji wsparcia w innych formach pracy z rodziną nad rozwiązaniem innych, dotychczas nie podejmowanych obszarów.   
W przypadku dalszej pracy z rodziną, która zaprzestała współpracy w ramach IPS, możliwe jest podejmowanie działań motywacyjnych dotyczących ponownego włączenia w działania interdyscyplinarne.

* 1. **Indywidualny projekt socjalny jako kluczowe narzędzie w pracy z rodziną**

Funkcjonujące dotychczas rozwiązania organizacyjne w zakresie pracy socjalnej   
z rodzinami wieloproblemowymi dotkniętymi lub zagrożonymi zjawiskiem dziedziczenia ubóstwa okazują się niewystarczająco skuteczne – uwzględniając wskaźniki efektywności kosztowej, jak i długotrwałe efekty społeczne zaniechania podejmowanych działań. Dlatego też poszukując rozwiązań, które w sposób innowacyjny podeszłyby do kwestii pracy z rodziną z zachowaniem systemowej perspektywy postrzegania rodziny, zdecydowano się na sięgnięcie po dotychczas słabo wykorzystane narzędzie w pracy pracownika socjalnego, jakim jest projekt socjalny.

Projekt socjalny stanowi formę/narzędzie realizacji  pracy socjalnej ze społecznością, grupą, rodziną lub osobą. Zgodnie z przyjętą ustawowo (art. 6  ust. 18 Ustawy o pomocy społecznej – Dz.U. z 2016 poz. 930 z późn. zm.) definicją, jest zbiorem działań mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób, rodzin grup zagrożonych ubóstwem, marginalizacją   
i wykluczeniem społecznym. Z kolei art. 45.2 ww. ustawy określa, że praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny lub projekt socjalny.

Przy tak sformułowanej definicji możliwa jest realizacja projektów socjalnych na różnych płaszczyznach:

1. **Projekty Socjalne Systemowe** – dotyczące rozwiązywania pewnego problemu określonej grupy społecznej (np. problemu bezrobocia na terenie gminy)
2. **Projekty Socjalne Instytucjonalne** – związane z realizacją w ramach konkretnej jednostki organizacyjnej, np. świetlicy, którego odbiorcami będą osoby zagrożone określonym problemem korzystające ze wsparcia danej jednostki
3. **Projekty Socjalne Indywidualne** – będące narzędziem pracy socjalnej z rodziną wieloproblemową

W ramach przyjętego Modelu następuje opracowanie indywidualnego projektu socjalnego (IPS), będącego odpowiedzią na zdiagnozowane potrzeby rodziny, w ramach którego zakłada się interdyscyplinarny charakter udzielanego wsparcia. Oznacza to, że poza klientem i pracownikiem socjalnym w opracowaniu i realizacji projektu uczestniczą inni specjaliści reprezentujący różne kompetencje, a także instytucje i organizacje społeczne   
(np. psycholodzy, pedagodzy, lekarze, wolontariusze, doradcy zawodowi itd.), tworzący wspólnie Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny.

Zaproponowane w Modelu rozwiązanie ma na celu wdrożenie koncepcji realizacji Indywidualnych Projektów Socjalnych jako narzędzi wpisujących się w etapy postępowania metodycznego z osobą, rodziną, ale także ze środowiskiem lokalnym będącym przedmiotem zainteresowania pracowników socjalnych w opracowanym Modelu – gdzie beneficjentami działań są zarówno członkowie rodzin dotkniętych lub zagrożonych zjawiskiem dziedziczenia ubóstwa, jak również całe społeczności, w których funkcjonują.

Bazą wyjściową do zaproponowanego rozwiązania są opracowania zawarte   
w publikacjach powstałych w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Pracownik socjalny – *Case Manager* inicjuje poszczególne etapy/kroki oraz moderuje je, kierując się przy tym zasadą empowermentu. Klient angażowany jest w proces podejmowania każdej decyzji, po zapoznaniu się z wszystkimi aspektami możliwych rozwiązań ma wpływ na kierunki działań – rolą pracownika jest wspieranie tego procesu, upełnomocnianie klienta, ale także motywowanie do aktywności i zaangażowania. Z uwagi na interdyscyplinarny charakter proponowanego w Modelu wsparcia, część działań odbywać się może bez bezpośredniego zaangażowania klienta, ale istotą przyjętych rozwiązań jest pełna wiedza klienta o podejmowanych działaniach oraz możliwość swobodnego podejmowania decyzji.

Opracowanie indywidualnego projektu socjalnego następuje równolegle do wprowadzania rodziny (zebrane na tym etapie informacje będą wykorzystywane w trakcie konceptualizacji IPS), a sam IPS jest realizowany w ramach wszystkich niemal kroków realizacji proponowanego rozwiązania modelowego, choć właściwe sformułowanie IPS następuje dopiero w wyniku wypracowania pogłębionej diagnozy, wyznaczenia celów oraz działań służących ich realizacji, na etapie pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny.

Wraz z pojawieniem się rodziny następuje wstępne zdefiniowanie trudności, z jakimi się boryka. Stanowi ono punkt wyjścia do realizacji podstawowego etapu działania metodycznego, jakim jest sformułowanie oceny/diagnozy. W odniesieniu do proponowanego rozwiązania systemowego ocena diagnoza sytuacji konkretnej rodziny osadzona zostaje na tle opracowanej wcześniej diagnozy społecznej/środowiskowej dla danego obszaru oraz uwzględnionych w niej specyficznych aspektach funkcjonowania danej społeczności (zasobach możliwościach).

Na diagnozę rodziny, niezbędną do sformułowania Indywidualnego projektu socjalnego, składa się:

* rozpoznanie sytuacji związanej z problemem,
* pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem,
* opracowanie diagnozy we współpracy z osobą/rodziną.

**Realizacja projektu odbywa się w trzech fazach:**

1. **Faza konceptualizacji –**  ma charakter procesualny, czyli nic nie jest gotowe   
   z góry, również cele, do których sformułowania dochodzi się dopiero po pewnym czasie analiz i dyskusji (a więc także opisu i analizy sytuacji życiowej klienta). Rodzina ma możliwość zredefiniowania celów w wyniku lepszego zrozumienia swojej sytuacji w kontakcie z określonym specjalistą, jak również zmiany własnych oczekiwań.
2. **Faza operacjonalizacji** **–** etap realizacji projektu, czyli wdrożenia zaplanowanych działań oraz sukcesywne osiąganie celu głównego i pozostałych celów. W ramach Modelu zadanie to jest realizowane w ramach pracy pracownika socjalnego – *Case Managera* oraz Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny. Tutaj specjaliści mają okazję wpływać na zachowania i realizację zadań przez rodziny, ale przede wszystkim istnieje możliwość bezpośredniego zaangażowania się osób i udzielenie wsparcia   
   w zakresie realizacji zadań. Zaangażowanie osób, towarzyszenie rodzinie w realizacji zadań, wspomaganie w wykonaniu poszczególnych działań itp., zależą głównie od stopnia samo zaradności oraz barier i zasobów poszczególnych członków rodziny.
3. **Monitoring i ewaluacja** – stanowi ocenę stopnia osiągania zamierzonych celów poprzez przyglądanie się zakładanym rezultatom/wskaźnikom. Ocena dotyczy osiągnięcia celów, zastosowanych metod, uzyskanych efektów oraz dokonanych zmian u uczestników projektu.

Indywidualny Projekt Socjalny jest formą uzgodnień dokonywanych pomiędzy realizatorami a rodziną, uwzględniających wszystkie proponowane działania – zarówno podejmowane przez rodzinę, jak i przez osoby reprezentujące instytucje, organizacje czy środowisko. Jako spisany dokument powinien on zawierać następujące elementy:

* wykaz osób realizujących projekt socjalny;
* opis sytuacji rodziny (ocena/diagnoza);
* cele projektu – cel główny i szczegółowe wraz z określeniem wskaźników rezultatów;
* zadania i harmonogram ich realizacji (plan realizacji projektu socjalnego);
* koszty realizacji poszczególnych działań lub zadań;
* formy monitorowania i ewaluacji działań (z uwzględnieniem roli Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny).
  1. **Dziecko w systemie wsparcia rodziny przewidzianego w ramach Modelu**

W ramach Modelu, jednym z priorytetowych zadań *case managera* jest dokonanie wnikliwej diagnozy sytuacji dziecka w rodzinie w oparciu o informacje zebrane od osób, pod opieką których dziecko pozostaje.

Pierwszym źródłem informacji będą rodzice lub opiekunowie prawni. Następnie wiele wskazówek i trafnych uwag w przypadku dzieci przedszkolnych (3-6 rok życia) może dostarczyć nauczyciel przedszkola. Obserwując dziecko w czasie zajęć, dokonuje jego diagnozy pod względem rozwoju emocjonalnego, społecznego, fizycznego, zdrowotnego,   
a także dydaktycznego. Nauczyciel przedszkola potrafi ocenić funkcjonowanie dziecka   
w grupie rówieśniczej, zna jego mocne i słabe strony. Jest osobą dostarczającą *case managerowi* informacji, które zostaną ujęte w indywidualnym planie pracy z dzieckiem   
i rodziną. Wskaże obszary, które powinny być objęte korektą, a jednocześnie podkreśli mocne strony w rozwoju dziecka, zaproponuje formy pomocy dziecku w zakresie deficytów rozwojowych. Na kolejnym etapie edukacyjnym, gdy dziecko zaczyna naukę w szkole, tę samą funkcję pełni nauczyciel w nauczaniu początkowym i wychowawca w klasach starszych.

Nauczyciele i wychowawcy, korzystając ze wsparcia pedagoga szkolnego, opracowują   
w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, oferowanej przez szkołę, plan pomocy dziecku w obszarach, gdzie to wsparcie jest potrzebne. Proponują zajęcia wyrównawcze, pomoc świetlicy szkolnej i środowiskowej, w razie potrzeby badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej lub u specjalisty. Jednocześnie proponują zajęcia, które będą służyć rozwojowi mocnych stron dziecka i jego zainteresowań.

Informacje potrzebne do wieloaspektowej diagnozy dziecka w rodzinie *case manager* może uzyskać, kontaktując się z wychowawcą klasy, nauczycielem, pedagogiem szkolnym. W szkołach, w wyznaczonych godzinach funkcjonuje plan zebrań z rodzicami oraz konsultacji indywidualnych, w czasie których prowadzący przypadek może nawiązać kontakt   
z nauczycielem, wychowawcą, pedagogiem i uzyskać potrzebne informacje.

Relacja *case managera* z nauczycielem może dostarczyć też wielu wskazówek do pracy samego nauczyciela, gdyż znając sytuację rodzinną ucznia, będzie mógł lepiej zrozumieć jego zachowanie i udzielić potrzebnego wsparcia, dostosuje plan profilaktyczno-wychowawczy dla klasy, w której funkcjonuje dziecko, wyposaży dziecko w umiejętności miękkie, tj. wzmocni poczucie własnej wartości, wykształci pozytywną samoocenę. Stały przepływ informacji między *Case Managerem* a nauczycielem wpłynie korzystnie na rozwój dziecka i jego życiowe aspiracje. Wskazane byłoby zaangażowanie pracownika szkoły w prace Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny.

Informacji o dziecku mogą dostarczyć także osoby pracujące w innych instytucjach, takich jak Placówki Wsparcia Dziennego, świetlice środowiskowe, kluby sportowe.

Praca z dzieckiem w tym Modelu przyniesie dobre rezultaty, jeżeli będzie przebiegać dwutorowo: bezpośrednio (praca z dzieckiem w instytucjach), pośrednio (praca z rodzicem). Rodzicom w rodzinach dotkniętych lub zagrożonych dziedziczonym ubóstwem brakuje bowiem kompetencji wychowawczych. W związku z tym wskazane byłoby umożliwienie uzyskania pomocy w tym zakresie.

*Case manager*, opracowując plan pracy z dzieckiem i rodziną, będzie miał za zadanie koordynowanie udzielanej dziecku pomocy, a także monitorowanie tego, czy dziecko   
z oferowanej pomocy korzysta. Zbierając informacje do diagnozy w placówce oświatowej, do której dziecko uczęszcza, uzyska wiedzę na temat problemów swojego podopiecznego,   
a także pozna możliwości oferowanej pomocy, będzie więc mógł zachęcać dziecko do skorzystania z zajęć, które wpłyną korzystnie na jego rozwój i ocenić ich efektywność.

Osoba prowadząca przypadek powinna przede wszystkim zadbać w sposób szczególny o indywidualny kontakt z dzieckiem, by od niego uzyskać informacje, które pomogą opracować plan pomocy właściwy dla potrzeb danego dziecka w rodzinie. Rozmawiając z dzieckiem, *case manager* będzie mógł ocenić sytuację rodziny, uwzględniając jego punkt postrzegania i wypracować optymalny plan wsparcia. Spotkanie należy zaplanować w takich godzinach, by zastać dziecko w domu. Ważna jest także atmosfera tych spotkań oraz sposób prowadzenia rozmowy. Rozmowa powinna mieć charakter życzliwego zainteresowania dzieckiem, nie powinna polegać na wypytywaniu go o jego problemy. Dziecko powinno wiedzieć, że pracownik jest nim zainteresowany i zaangażowany w jego sprawy, a w razie potrzeby zawsze może liczyć na jego pomoc.

**Zasady dobrej komunikacji z dzieckiem:**

* skupienie się na tym, co chce przekazać rozmówca;
* utrzymywanie kontaktu wzrokowego;
* zadawanie pytań w przypadku wątpliwości by lepiej zrozumieć;
* zainteresowanie tym, co mówi rozmówca;
* nie śpieszymy się;
* dajemy werbalne i niewerbalne sygnały, że rozumiemy to, co przekazuje nam rozmówca.

Kolejnym zadaniem *case managera* będzie zorganizowanie sieci wsparcia dla dziecka poza placówkami oświatowymi. Nie wszystkie usługi potrzebne do jego rozwoju znajdzie   
w szkole czy przedszkolu. Takie instytucje jak kluby sportowe, kluby osiedlowe, świetlice pozaszkolne i środowiskowe, wolontariat oferowany przez rożne instytucje, porady specjalistów mogą również być wykorzystywane, by prawidłowo kształtować osobowość dziecka. Rolą *case managera* będzie korzystanie z oferty wyżej wymienionych instytucji do pracy z dzieckiem.

W przypadku młodzieży, która jest na etapie wyboru drogi dalszego kształcenia, wskazany jest kontakt z doradcą zawodowym lub z osobą, która pełni taką rolę w szkole. Można też skorzystać z pomocy instytucji, które zajmują się doradztwem zawodowym, takich jak Szkolne Ośrodki Kariery, OHP, Ośrodki Szkolenia Zawodowego, poradnie. Omówienie drogi dalszego kształcenia z doradcą zawodowym, z uwzględnieniem specyfiki sytuacji dziecka, ułatwi wybór właściwego dla niego zawodu i pokierowanie ścieżką kariery zawodowej.

W opiece nad dziećmi należałoby wspierać rodziców przez podnoszenie ich kompetencji wychowawczych, proponując im zajęcia, które wyposażą ich w podstawowe umiejętności, np. szkoła dla rodziców i wychowawców czy inne zajęcia oferowane przez szkoły, poradnie, powiatowe centra pomocy rodzinie.

Ważną kwestią jest też pomoc, motywowanie rodziców do pracy nad sobą   
w przypadku, gdy mają problem z uzależnieniami, stosowaniem przemocy, gdyż ich postawa ma bezpośredni wpływ na dzieci i funkcjonowanie rodziny. Wskazane są wtedy zajęcia specjalistyczne, terapia.

**Przykładowe formy wsparcia oferowane rodzicom w zakresie wychowywania dzieci:**

* udział w „Szkole dla rodziców i wychowawców”,
* udział w grupach wsparcia dla rodziców (Placówki Wsparcia Dziennego, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie),
* korzystanie z programów profilaktycznych realizowanych w szkole oraz edukacji pedagogicznej prowadzonej na spotkaniach z rodzicami,
* korzystanie z poradnictwa specjalistycznego w szkole a także w innych placówkach świadczących pomoc (psycholog, pedagog, mediator, terapeuta).

**Przykładowe formy wsparcia oferowane dzieciom i młodzieży:**

* zajęcia w ramach klubu malucha (1-3 rok życia) – dzieci pozostające pod opieką nauczyciela i rodzica wspólnie się bawią i uczestniczą w proponowanych przez szkołę, przedszkole zajęciach dla dzieci i rodziców,
* wczesne wspomaganie prowadzone w przedszkolu umożliwiające wyrównywanie deficytów rozwojowych,
* zajęcia wyrównawcze dla dzieci w szkole,
* indywidualna pomoc pedagoga szkolnego,
* zajęcia dydaktyczne i wychowawcze oferowane przez świetlicę szkolną,
* szeroka oferta zajęć pozalekcyjnych, które mogą rozwijać mocne strony dziecka, jego zainteresowania, konstruktywnie zagospodarować czas wolny,
* zaangażowanie w wolontariat działający w szkole i poza nią,
* pomoc doradcy zawodowego w wybraniu zawodu i dalszej ścieżki kształcenia,
* pomoc świetlicy środowiskowej działającej w godzinach popołudniowych,
* korzystanie z zorganizowanych form wypoczynku.

W modelu mamy zamiar korzystać z wachlarzu istniejących zajęć dostępnych na terenie obszaru testowania. Proponujemy realizację założeń edukacji włączającej.

Włączanie - to proces traktowania i zaspokajania różnorodnych potrzeb wszystkich uczniów poprzez zwiększanie ich uczestnictwa w nauce, kulturze i społeczności oraz redukcję wykluczenia z edukacji w ogóle, jak i w jej obrębie.

Dzieci i młodzież będą traktowane indywidualnie, w zależności od ich potrzeb będą dostosowane odpowiednie zajęcia a udzielona pomoc będzie miała na celu ich optymalny rozwój. Rolą specjalistów we współpracy z case managerem będzie zdiagnozowanie potrzeb dziecka, zaproponowanie odpowiednich zajęć jak również monitorowanie korzystania z nich.

1. **Działania podejmowane w lokalnym środowisku**
   * 1. **Zadania i rola lokalnej sieci wsparcia**

Model opiera się na założeniu, że skuteczne wsparcie w ramach przyjętych metod pracy wymaga współdziałania instytucji zajmujących się różnymi aspektami aktywności człowieka. Jednym z kluczowych zadań w ramach jego wdrażania będzie zatem nawiązanie (bądź rozwój już istniejącej) współpracy z podmiotami funkcjonującymi na danym obszarze poprzez stworzenie lokalnej sieci wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczenia ubóstwa. Umożliwi ona efektywniejsze wykorzystanie potencjału i zasobów lokalnych instytucji w realizacji działań ukierunkowanych na zmniejszenie problemu dziedziczenia biedy.

**Forma sieci wsparcia**

Lokalna sieć wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczenia ubóstwa na terenie pogórniczym to wielosektorowe partnerstwo instytucji publicznych, organizacji pozarządowych, a w razie potrzeby także przedsiębiorstw, mające długofalowy (pozaprojektowy) charakter. Powinno ono zostać zainicjowane przez instytucję wdrażającą Model – ośrodek pomocy społecznej.

Partnerstwo może zostać zawiązane pomiędzy co najmniej dwoma podmiotami   
– inicjatorami sieci wsparcia (jedną z nich musi być OPS). W rezultacie porozumienia między partnerami powstaje sieć, która będzie powiększana poprzez dołączanie do kolejnych instytucji, chętnych do współdziałania w ramach sieci może być nawiązywana „na bieżąco”.

Główne zadania sieci to:

* wymiana informacji (np. o zasobach poszczególnych instytucji, realizowanych działaniach, odbiorcach usług);
* udostępnianie posiadanych przez członków sieci zasobów, zarówno infrastrukturalnych   
  (np. sprzętu, pomieszczeń), jak i kadrowych (np. specjalistów, wolontariuszy)   
  oraz finansowych;
* wspólne diagnozowanie potrzeb, planowanie, realizacja i ewaluacja wsparcia   
  (w sposób skoordynowany i ciągły) na rzecz rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa.

Cele, zasady funkcjonowania i kooperacji w ramach sieci powinny zostać uregulowane   
w umowie/porozumieniu o współpracy, zawieranym pomiędzy instytucją wdrażającą Model  
a każdym tworzącym sieć partnerem (umowa dwustronna). Powinna mieć ona formę pisemną i być podpisywana przez przedstawicieli organów reprezentujących partnerów (kierowników, dyrektorów, członków zarządów). W ramach umowy/porozumienia powinna zostać potwierdzona chęć współpracy w ramach sieci, należy określić jej zakres, obowiązki każdego z partnerów, a także usługi, jakie każdy z nich oferuje na rzecz wspólnych klientów. W każdej instytucji wchodzącej do sieci powinien zostać wyznaczony koordynator – osoba do bieżących kontaktów, przekazywania informacji pomiędzy partnerami.

**Kluczowe instytucje**

W sieć wsparcia mogą zostać zaangażowane różnorodne – w zależności od lokalnych uwarunkowań oraz potrzeb objętych działaniami modelu rodzin – podmioty. Jako że głównym celem współpracy jest podejmowanie działań na rzecz rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa egzystujących na terenach pogórniczych, niezbędnymi partnerami są ośrodki pomocy społecznej (występujący w charakterze inicjatorów i koordynatorów pracy sieci), placówki edukacyjne (szkoły, przedszkola), powiatowe urzędy pracy (lub inne instytucje zajmujące się aktywizacją zawodową) i podmioty zajmujące się wspieraniem i rozwojem dzieci i młodzieży.

Instytucjami, które mogą zostać zaproszone do sieci współpracy są:

* jednostki samorządu terytorialnego (urzędy miast, gmin, starostwa powiatowe);
* centra usług społecznych;
* instytucje rynku pracy: powiatowe urzędy pracy, filie Ochotniczego Hufca Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, organizacje pracodawców (izby rzemieślnicze, izby gospodarcze, cechy rzemiosł);
* powiatowe centra pomocy rodzinie;
* organizacje pozarządowe;
* szkoły i inne instytucje edukacyjne;
* poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
* placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży;
* ośrodki kultury;
* ośrodki sportu i rekreacji;
* Policja;
* kuratorzy sądowi;
* parafie;
* biblioteki;
* spółdzielnie mieszkaniowe;
* rady dzielnic, rady sołeckie;
* punkty nieodpłatnej pomocy prawnej;
* ośrodki interwencji kryzysowej;
* placówki leczenia uzależnień;
* niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
* placówki wsparcia seniorów (np. dzienne domy „Senior+”, domy pomocy społecznej);
* warsztaty terapii zajęciowej;
* lokalni przedsiębiorcy;

Dobór instytucji do sieci wsparcia będzie zależny zarówno od potrzeb zdiagnozowanych w środowiskach dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa, jak również od specyfiki obszaru, na którym wdrażany jest Model – tj. od specyfiki zasobów środowiskowych w tym zakresie. Głównym kryterium decydującym o zaproszeniu instytucji do współpracy powinien być zakres jej działania (tzn. należy uzyskać informację, czy oferuje lub może oferować wsparcie na rzecz rodzin zagrożonych lub dotkniętych dziedziczeniem ubóstwa). Pod uwagę należy wziąć także jej doświadczenie oraz potencjał, np. kadrowy, instytucjonalny.

Lista podmiotów uczestniczących w sieci wsparcia nie powinna być zamknięta   
– w momencie pojawienia się zapotrzebowania na usługi, których nie są w stanie zapewnić tworzący sieć partnerzy, powinien zostać dobrany nowy podmiot lub podmioty oferujące potrzebne wsparcie. W razie stwierdzenia zapotrzebowania, na które nie jest w stanie odpowiedzieć żadna z lokalnych instytucji, istnieje możliwość uzupełniania niedoborów w tym zakresie poprzez angażowanie podmiotów działających ponadlokalnie lub zatrudnianie ekspertów.

Funkcję inicjatora i koordynatora działań sieci wsparcia powinien pełnić ośrodek pomocy społecznej. Będzie mieć ona jednak większe szanse oddziaływania, gdy będzie posiadała legitymizację lokalnych władz. Dlatego wskazana jest, by sieć wsparcia posiadała patronat prezydenta, burmistrza, wójta czy starosty.

**Korzyści**

Zawiązanie i działalność lokalnej sieci wsparcia może przynieść szereg korzyści, zarówno dla jej współtwórców, jak i adresatów podejmowanych przez nią działań.

W odniesieniu do rodzin objętych działaniami Modelu, główne korzyści to:

* **lepsze dopasowanie oferty wsparcia do rzeczywistych potrzeb rodziny** poprzez dokonanie dogłębnej, wielopłaszczyznowej diagnozy potrzeb, obejmującej wiele powiązanych ze sobą obszarów;
* **możliwość korzystania z większej liczby różnorodnych i kompleksowych form wsparcia**;
* **brak szablonowości wsparcia, pomoc** dobierana jest indywidualnie dla każdej rodziny w formie pakietu usług;
* **wykorzystanie dostępnych zasobów lokalnego środowiska do budowania indywidualnej sieci wsparcia danej rodziny**;
* dzięki objęciu wsparciem pracownika socjalnego/*case managera* – **oszczędność czasu i wysiłków ze strony przedstawicieli rodzin do kontaktów z wieloma świadczącymi wsparcie instytucjami**;
* **wzmacnianie poczucia sprawstwa u członków rodzin** poprzez możliwość aktywnego włączenia się i decyzyjności w zakresie kształtowania ścieżki wsparcia (wdrażanie idei empowermentu).

**Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny**

Lokalna sieć wsparcia działa w ramach Modelu w formie Zespołu Interdyscyplinarnego   
ds. Rodziny (ZIDR). Jest to zespół osób o różnych specjalizacjach (przedstawicieli instytucji tworzących sieć), odpowiedzialnych za wsparcie rodziny w sensie całościowym,   
z nastawieniem na niesienie jej członkom pomocy w wyjściu z problemu dziedziczonego ubóstwa. Pracuje on na każdym etapie wsparcia rodzin – od diagnozy potrzeb, poprzez planowanie działań, ich realizację, po ewaluację osiągniętych celów. Zespół jest powoływany i funkcjonuje w instytucji koordynującej wdrażanie modelu (OPS). Dla każdej rodziny powoływany jest odrębny Zespół (choć ich skład może się w przypadku wielu rodzin powielać).

ZIDR jest formą zespołu interdyscyplinarnego – do współpracy w ramach niego zostają zaproszeni, oprócz pracowników OPS (specjalista ds. sieci wsparcia i pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną), odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających   
 z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnętrzni reprezentujący instytucje tworzące sieć wsparcia (np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca). Do ZIDR można zaprosić także nie związanych z żadną instytucją przedstawicieli lokalnego środowiska zaangażowanych we wsparcie rodziny. Skład osobowy poszczególnych ZIDR może ulegać zmianom. Może pomniejszać się o specjalistów, którzy już zrealizowali swoje cele w pracy   
z rodziną. Modyfikacja planu, pojawienie się nowych potrzeb i problemów może natomiast skutkować decyzją o włączeniu kolejnych specjalistów lub innych przedstawicieli rodziny. Osobą uzgadniającą (razem z pracownikiem socjalnym koordynującym pracę z rodziną) skład ZIDR oraz organizującą, moderującą i dokumentującą spotkania ZIDR jest specjalista   
ds. sieci wsparcia.

Działania ZIDR powinny respektować prawo rodziny do godnego traktowania jej i być ukierunkowane na zapewnienia jej podmiotowości. Członkowie rodzin powinni być włączeni zarówno w opracowanie ścieżki wsparcia, jak i jej realizację (zasada empowerment). Członkowie ZIDR podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie Zespołu) powinien zostać zaproszony przedstawiciel lub przedstawiciele rodziny. Specjaliści pracujący w ramach Modelu powinni zaufać zdolnościom członków rodzin do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu, poprzez wykorzystanie własnych zasobów i silnych stron. Istotne jest także respektowanie (i oddawanie) odpowiedzialności członków rodzin za ich życiowe decyzje. Zadaniem członków rodzin biorących udział w ZIDR jest wzbogacenie diagnozy o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń oraz zdefiniowanie   
w imieniu swoim i rodziny celów, środków i oczekiwanych rezultatów.

Pierwsze spotkanie ZIDR poświęcone jest przedstawieniu ustalonej w ramach Spotkania Konsultacyjnego diagnozy i skonkretyzowaniu ról poszczególnych specjalistów.   
Do zadań ZIDR w ramach pierwszego i kolejnych spotkań, należą w szczególności:

* pogłębienie diagnozy we współpracy ze specjalistami zewnętrznymi;
* interdyscyplinarne ustalenie koncepcji wsparcia rodziny;
* wspólne opracowanie koncepcji indywidualnego projektu socjalnego (IPS) – w tym określenie planu działań oraz ustalenie możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w pakiecie usług;
* ustalenie i podział zadań na najbliższy okres;
* podjęcie decyzji o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów.

Kolejne spotkania członków ZIDR służą wymianie informacji w zakresie realizacji przyjętego harmonogramu prac, przedstawieniu przeszkód w realizacji ustalonych zadań, zebraniu diagnoz sporządzonych przez poszczególnych specjalistów (np. w formie pisemnej)   
 i na tej podstawie – zaktualizowanie planu pomocy i ew. weryfikację obranych założeń. Członkowie ZIDR stale mobilizują ją przedstawicieli rodzin do aktywnego uczestnictwa   
w rozwiązywaniu trudnej sytuacji.

Zakończenie działalności ZIDR powołanego do pracy z daną rodziną w ramach Modelu może nastąpić, gdy:

* zostaną zrealizowane cele określone w IPS;
* wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego;
* rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń;
* rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

Zawsze jednak decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny.   
W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona na wniosek jednego z członków Zespołu.

W celu zapewnienia sprawnego i pełnego przepływu informacji na temat sytuacji danego uczestnika, Zespół powinien odbywać regularne spotykania. Terminy kolejnych posiedzeń powinny być ustalane wspólnie przez uczestników ZIDR i uzależnione od zaplanowanych działań.

**Tempo pracy ZIDR zależy od kilku czynników:**

* od zaangażowania rodziny – poszczególnych jej członków, we współpracę ze specjalistami,
* od wielkości rodziny oraz głębokości problemu dziedziczonego ubóstwa i dysfunkcji, jakie w danej rodzinie występują,
* od oceny specjalistów, w jakim tempie te zmiany mogą być przeprowadzane   
  z korzyścią dla rodzin,
* od harmonogramu działań zaplanowanych w ramach IPS.

Pomiędzy spotkaniami członkowie ZIDR powinni kontaktować się ze sobą na bieżąco (np. telefonicznie, e-mailowo, robocze spotkania pomiędzy poszczególnymi członkami ZIDR). W celu usprawnienia przepływu informacji mogą wykorzystywać także inne narzędzia, np. newslettery, wspólne listy mailingowe.

Spotkania ZIDR powinny być dokumentowane. Opis ustalonej zespołowo diagnozy, planu pracy i podziału zadań podjętych do realizacji przez członków Zespołu powinien być zawarty w protokołach ze spotkań, sporządzanych przez Specjalistę ds. sieci wsparcia. Każde kolejne spotkani ZIDR powinno zakładać ewaluację działań zaplanowanych w ramach poprzednich Zespołów.

* + 1. **Zadania i rola specjalisty ds. lokalnej sieci wsparcia**

Specjalista ds. sieci wsparcia (S) jest pracownikiem zespołu/komórki realizującej zadania modelu w ramach instytucji go wdrażającej (OPS).

Działania specjalisty ds. sieci wsparcia koncentrują się na dwóch głównych obszarach.

1. Współpraca i wsparcie pracowników socjalnych pracujących z rodzinami objętymi działaniami w ramach modelu.
2. Zawiązanie i metodyczny i techniczny nadzór nad funkcjonowaniem lokalnej sieci wsparcia.

Współpraca z pracownikiem socjalnym odbywa się w ramach spotkań konsultacyjnych (SK) – zaplanowanych posiedzeń ww. specjalistów, służących omówieniu sytuacji jednej lub wielu rodzin objętych wsparciem w ramach modelu. Służą one wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz identyfikacji zasobów środowiskowych, które można będzie wykorzystać rzecz wsparcia rodziny przy wykorzystaniu pakietu usług. Na tym etapie Specjalista współtworzy z pracownikiem socjalnym koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera go w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego, przy wykorzystaniu pakietu usług.

Zadaniem specjalisty ds. sieci wsparcia jest ponadto uzgodnienie wraz   
z pracownikiem socjalnym składu Zespołu Interdyscyplinarnego do Spraw Rodziny (ZIDR), ustalenie terminu spotkania oraz zaproszenie specjalistów/specjalisty na spotkanie ZIDR. Specjalista wspiera także PS w monitoringu pracy członków ZIDR i ewaluacji działań Zespołu. Wspólnie z PS współtworzy i adaptuje także wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach modelu.

W obszarze dotyczącym sieci wsparcia specjalista moderuje spotkania informacyjne   
z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa, współuczestniczy w wypracowaniu ram współpracy, moderuje spotkania dotyczące rozpoznaniu i analizie zasobów środowiskowych   
 i współtworzy we współpracy z partnerami pakiet usług i informatorium. Do zadań specjalisty ds. sieci wsparcia należy również kreowanie wydarzeń o charakterze środowiskowym z aktywnym udziałem społeczności lokalnej z terenu objętego działaniami modelu. Aktywne angażowanie mieszkańców w działania na rzecz lokalnej społeczności sąsiedzkiej wzmocni i pozwoli rozwinąć potencjał i wzmocnić aktywne postawy społeczne. Specjalista ds. sieci wsparcia łącząc lokalne potencjały może zachęcać członków lokalnej społeczności do angażowania się we wspieranie lokalnych, dzielnicowych inicjatyw,   
np. dbanie o okolicę swojego miejsca zamieszkania (zagospodarowanie podwórka, uprzątnięcie terenu przed blokiem, festyn dzielnicowy, dzień dziecka).

Specjalista uzgadnia (wspólnie z PS) skład ZIDR oraz organizuje, moderuje   
i dokumentuje spotkania Zespołu. Na etapach przygotowania i realizacji wsparcia koordynuje współpracę z instytucjami, utrzymuje kontakt z przedstawicielami partnerów realizującymi działania w ramach modelu, przy współpracy z partnerami kreuje nowe usługi w środowisku   
i uzupełnienia niedobory w tym zakresie. Praca specjalisty w zakresie pracy ze środowiskiem jest dokumentowana za pomocą karty pracy socjalnej i środowiskowej.

Specjalista zajmuje się także kwestiami organizacyjnymi: prowadzi terminarz spotkań ZIDR oraz odpowiada za gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji ZIDR, prowadzi korespondencję ze specjalistami zewnętrznymi (SZ), jak również prowadzi sprawozdawczość dla potrzeb Modelu.

W zakresie działań związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem lokalnej sieci wsparcia, praca Specjalisty ds. sieci wsparcia opiera się na roli organizatora sieci społecznych, opisanej szerzej w „Modelu środowiskowej pracy socjalnej / organizowania społeczności lokalnej”[[14]](#footnote-14). Zgodnie z nim, organizator sieci społecznych „tworzy sieci współpracy, buduje lokalne partnerstwa, kojarzy różne lokalne zasoby, pełni funkcje mediacyjne i pośredniczące. Rola organizatora sieci społecznych polega na inicjowaniu i wspieraniu współpracy różnych podmiotów (jednostek, grup, instytucji, organizacji) oraz zawiązywaniu partnerstw lokalnych (*networking*). Organizator społeczności lokalnej jako *networker* prowadzi działania pośredniczące i mediacyjne, które służą nawiązywaniu kontaktów pomiędzy różnymi aktorami życia społecznego i tworzeniu okazji do podtrzymywania relacji oraz współdziałania, w celu doprowadzenia do samoorganizacji społeczności lokalnej”[[15]](#footnote-15).

Stanowisko specjalisty ds. lokalnej sieci wsparcia wymaga dużej wiedzy i różnorodnego doświadczenia, zarówno w zakresie znajomości systemu pomocy społecznej jak i umiejętności związanych z prowadzeniem pracy w środowisku lokalnym. Z tego względu warto rozważyć podział obowiązków oraz stanowiska pomiędzy dwie współpracujące osoby: organizatora społeczności lokalnej oraz osoby zajmującej się tworzeniem i funkcjonowaniem sieci.

* + 1. **Funkcjonowanie sieci wsparcia**

Należy pamiętać, że ze względu na specyfikę podmiotów tworzących sieć oraz zakres zadań realizowanych przez sieć komunikacja w sieci będzie odbywała się na trzech poziomach.

1. Decyzje podejmowane przez kierownictwo instytucji, organizacji i innych podmiotów zaangażowanych w działania sieci, np. decyzje o uczestnictwie w sieci, o realizacji usług dla rodzin, o modyfikacji oferowanych usług.
2. Bieżąca współpraca i działania podejmowane w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego   
   ds. Rodziny.
3. Bieżąca współpraca i działania podejmowane przez specjalistów realizujących określone zadania w ramach pakietów usług oferowanych rodzinom i informatorium, np. pracownik socjalny bezpośrednio kontaktuje się ze szkolnym doradcą zawodowym, specjalista ds. sieci wsparcia z pracownikiem biblioteki odnośnie oferty warsztatów dla dzieci.

Działania sieci będą koordynowane przez specjalistę ds. sieci wsparcia pod bieżącym nadzorem Kierownika działu pomocy środowiskowej/kierownika nadzorującego pracę zespołu/komórki. W kluczowe sprawy związane z wdrażaniem Modelu wymagające decyzji administracyjnych angażowany będzie dyrektor jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub władze gminy.

W wyniku działalności sieci powstaną oraz będą funkcjonowały Zespoły interdyscyplinarne ds. rodzin, dzięki którym rodziny doświadczające dziedziczonego ubóstwa lub nim zagrożone otrzymają wsparcie „skrojone na miarę” potrzeb i możliwości poprzedzone szczegółową diagnozą rodziny oraz aktywnym jej udziałem w tworzeniu planu wsparcia   
w postaci indywidualnego projektu socjalnego.

Podczas budowania lokalnego partnerstwa, należy również pamiętać, że niektóre działania podejmowane w ramach modelu będą miały charakter środowiskowy, tj. model zakłada długofalową pracę środowiskową obejmującą zarówno rodziny doświadczające dziedziczonego ubóstwa, jak i ich najbliższe otoczenie, poprzez wykorzystanie katalogu (pakietu) usług/form wsparcia dedykowanych poszczególnym grupom wiekowym   
i społecznym. Dlatego też partnerstwo, poza wypracowaniem pakietu usług oraz bieżącym tworzeniem Informatorium ma za zadanie również kreowanie wydarzeń o charakterze środowiskowym w dzielnicy objętej modelowym wsparciem.

Model zakłada długofalową pracę środowiskową obejmującą, oprócz rodzin zagrożonych bądź doświadczających dziedziczonego ubóstwa, również ich najbliższe otoczenie, np. zamieszkujących na terenie wdrażania Modelu ich krewnych, znajomych, sąsiadów, przedstawicieli grup rówieśniczych, zawodowych, hobbystycznych czy osoby, które łączy z nimi wspólna cecha (np. posiadanie dzieci w podobnym wieku, samotne rodzicielstwo), a których udział w działaniach jest niezbędny dla skutecznego wsparcia członków rodzin zagrożonych bądź dotkniętych dziedziczonym ubóstwem. Praca środowiskowa będzie realizowana poprzez wykorzystanie katalogu (pakietu) usług/form wsparcia dedykowanych poszczególnym grupom wiekowym i społecznym (np. niepełnosprawnym, seniorom). Będą one elementem indywidualnie dobieranego wsparcia dla rodzin w ramach proponowanych w Modelu pakietów usług, dlatego też nie jest możliwe stworzenie zamkniętego katalogu form i metod pracy środowiskowej. Będą one dobierane indywidualnie, w zależności od lokalnych uwarunkowań i sytuacji wspieranych rodzin.

Za realizację zadań związanych z tworzeniem i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej odpowiedzialny będzie specjalista ds. sieci wsparcia. Będzie mógł on wykorzystywać narzędzia (opisane szerszej w „Modelu środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej”[[16]](#footnote-16)), takie jak:

* praca ze społecznością terytorialną, której celem jest budowanie kompetencji do rozwiązywania lokalnych problemów oraz odbudowywanie i/lub wzmacnianie poziomu empowermentu;
* praca ze społecznością/grupą kategorialną (np. młodzież, samotne matki, seniorzy, niepełnosprawni) - wzmacnianie podmiotowości, kompetencji (społecznych, zawodowych) poszczególnych grup, rzecznictwo ich interesów oraz integrowanie ich z lokalną społecznością;
* wspieranie istniejących oraz inicjowanie nowych grup, zwłaszcza o charakterze samopomocowym i edukacyjnym;
* wolontariat - który może być wykorzystywany poprzez włączanie w proces zmian wolontariuszy działających np. na danym terenie oraz poprzez prowadzenie edukacji środowiskowej promującej wolontariat;
* kampanie informacyjne, edukacyjne i wydarzenia społeczne (np. festyny lokalne), wpływające na zmianę postaw i przekonań, a w konsekwencji nawyków (utrwalonych wzorców zachowań) odbiorców.

W przypadku dzielnicy Wilchwy, najbardziej adekwatne będzie zastosowanie strategii aktywizacji społeczności i rozwoju lokalnego według klasyfikacji Rothmana[[17]](#footnote-17), która szczególnie sprawdza w społecznościach biernych i zatomizowanych. Praca środowiskowa   
w tym przypadku polega na mobilizowaniu członków społeczności i aktywnym włączaniu mieszkańców w procesy współpracy i samopomocy. Strategia ta zakłada, że zarówno członkowie jak i liderzy grup zadaniowych to mieszkańcy dzielnicy.

Specjalista ds. sieci wsparcia będzie osobą dbającą o stronę organizacyjną przedsięwziąć podejmowanych w ramach pracy środowiskowej, tj. będzie czuwał nad procesem wyłaniania się grup zadaniowych, tematycznych, edukacyjnych czy samopomocowych i wspierał ich funkcjonowanie, np. poprzez ułatwianie wzajemnych kontaktów, zapewnienie miejsca spotkań, będzie wspierał procesy komunikacyjne, czuwał nad procesem grupowym.

Działania środowiskowe będą prowadzone w oparciu o zasoby sieci zarówno   
w zakresie wymiany informacji (np. o zasobach poszczególnych instytucji, realizowanych działaniach, odbiorcach usług); jak i udostępniania posiadanych przez członków sieci zasobów, zarówno infrastrukturalnych (np. sprzętu, pomieszczeń), jak i kadrowych   
(np. specjalistów, wolontariuszy) oraz finansowych.

W działania modelu będzie angażowana lokalna społeczność (działania środowiskowe), duży nacisk położony został jednak na funkcjonowanie lokalnego partnerstwa w formie sieci wsparcia opierającej się na realnym zaangażowaniu lokalnych instytucji czy organizacji. Działania zaplanowane w ramach modelu stwarzają możliwości zdobywania umiejętności kooperacji na rzecz dobra wspólnego mieszkańców i lokalnych podmiotów, zarówno poprzez uczestnictwo w działaniach lokalnej sieci jak i uczestnictwo w działaniach środowiskowych opisanych powyżej.

W przypadku terytorium takiego jak dzielnica Wilchwy, gdzie brakuje wspólnot sąsiedzkich, które tworzyłyby sieć wsparcia dla rodzin z problemem dziedzicznego ubóstwa, konieczne będzie zastosowanie usług angażujących środowisko lokalne co najmniej takich jak:

* praca socjalna z rodziną przy wykorzystaniu metody organizowania środowiska lokalnego; celem wykorzystania tej metody w pracy z rodziną jest rozwijanie   
  u członków rodziny przynależności do określonej zbiorowości i wzmacnianiu procesów identyfikacyjnych, które w perspektywie będą sprzyjać uruchamianiu motywacji prospołecznej i zachowań kooperacyjnych (pakiet usług dla rodzin z dziećmi);
* usługi aktywizujące na rzecz środowiska lokalnego na rzecz osób starszych – celem wykorzystania jej usługi jest wzmacnianie potencjału otoczenia osób starszych służącego rozwojowi osobowemu, aktywności i samorealizacji seniorów i/lub animacja wolontariatu na rzecz seniorów (pakiet usług dla osób starszych);
* integracja społeczna – usługa polega m.in. na podejmowaniu działań wspierających więzi rodzinne i sąsiedzkie, działań wspierających integrację społeczności lokalnej (pakiet usług dla osób starszych).

Działania skierowane do przedstawicieli lokalnego środowiska przyczynią się do włączania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym do społeczności lokalnej, inicjowania oraz promowania działań samopomocowych, wzmocnienia poczucia sprawstwa, jak również zintegrowania społeczności lokalnej poprzez zaangażowanie jej członków we wspólne działania. Praca w środowisku lokalnym pozwoli zwiększyć trwałość zmian dokonanych   
w funkcjonowaniu rodzin zagrożonych bądź dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa.

* 1. **Monitoring i ewaluacja działań**

W ramach wdrażania Modelu niezbędne jest zaplanowanie i przeprowadzenie działań ewaluacyjno-monitoringowych.

Ewaluację i monitoring działań w ramach modelu należy realizować na trzech poziomach:

1. realizacji planu pracy w ramach IPS (ocena założeń i efektów w odniesieniu do specyfiki funkcjonowania rodzin objętych systemem wsparcia),
2. realizacji działań w ramach ZIDR (ocena założeń i efektów funkcjonowania Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny) ,
3. realizacji funkcjonalności Modelu w określonej gminie (ocena założeń i efektów wprowadzenia Modelu w kontekście społeczno-kulturowym zbiorowości (gminy/miasta/powiatu) w obrębie której wprowadzane są innowacje wynikające   
   z założeń programowych ujętych w opisie Modelu.

Na każdym z wymienionych poziomów należy przeprowadzić trójfazowe działania ewaluacyjno-monitoringowe związane z etapami działań podejmowanych w oparciu   
o założenia zawarte w Modelu zawierające elementy:

* ewaluacji *ex ante* pozwalającej na możliwie szeroką diagnozę sytuacji początkowej/określenie charakterystyki punktu startowego;
* ewaluacji *on going* (monitoring) pozwalającej na efektywne korygowanie działań podejmowanych w czasie jego trwania poprzez modyfikację charakteru realizowanych działań oraz zmian w zakresie struktury sieci wsparcia obejmującej rodziny objęte działaniami wynikającymi z założeń Modelu;
* ewaluacji *ex post*, pozwalającej na uchwycenie efektywności realizowanych działań ocenianej w płaszczyźnie skuteczności wdrażania planu pracy w ramach: IPS, ZIDR   
  oraz wielopłaszczyznowo rozpatrywanej funkcjonalności Modelu w gminie wdrażającej jego założenia.
  + 1. **Poziom rodzin objętych systemem wsparcia**

Na poziomie rodzin objętych systemem wsparcia zakłada się realizację szerokiej   
i wielopłaszczyznowej diagnozy sytuacji społecznej rodziny objętej wsparciem realizowanym zgodnie z założeniami Modelu. Rozpoznanie realizowane w ramach diagnozy powinno uwzględniać perspektywę członków rodzin mających zostać objętych wsparciem w ramach Modelu. Wynika to z założenia zasad partycypacji, podmiotowości (empowerment)   
i wzmacniania istniejącego potencjału uczestników programu, które traktowane są jako główne drogowskazy na mapie drogowej wdrażanego projektu.

Celem działań prowadzonych na tym poziomie jest także bieżąca weryfikacja/monitoring efektywności wsparcia rozpatrywanej z uwzględnieniem perspektywy członków rodzin objętych działaniami realizowanych w ramach Modelu. W celu weryfikacji proponowanego wsparcia, należy odpowiedzieć na pytania zaproponowane poniżej.

* Czy przygotowany pakiet usług jest efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
* Jaka jest skuteczność działań podejmowanych przez instytucje tworzące sieć wsparcia?
* Czy kolejne instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? (Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?)
* Jaka jest dynamika zmian motywacji członków rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedziczonego ubóstwa w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej?
* Jak zmieniają się oczekiwania członków rodzin związane z uczestnictwem   
  w działaniach realizowanych w ramach Modelu?
* Jakie bariery ograniczają skuteczność działań instytucji kluczowych dla realizacji zadań wynikających z założeń Modelu?

W szczególności ustalenia dotyczące powyższych kwestii powinny dostarczyć informacji umożliwiających podjęcie decyzji dotyczących utrzymania określonych na etapie diagnostycznym celów i zadań bądź ich modyfikację.

Narzędziami wykorzystywanymi na tym poziomie są kwestionariusz indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz Karta monitoringu i ewaluacji indywidualnego projektu socjalnego. Za realizację działań odpowiedzialny jest w zasadniczej mierze pracownik socjalny – *case manager* (PS) (współpracuje on w tym zakresie ze specjalistą ds. sieci wsparcia (S)).

Proponowane przykładowe wskaźniki ewaluacji dotyczących działań prowadzonych na poziomie realizacji planu IPS.

* Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli pracę zawodową
* Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły pracę zawodową
* Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
* Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu
* Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR
* Oczekiwana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe
* Szacowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz rodzin objętych wsparciem realizowanym   
  w ramach Modelu
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.

Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić, gdy:

* zostaną zrealizowane cele określone w IPS,
* wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego,
* rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń,
* rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

Wobec powyższych sytuacji, po podjęciu kolegialnej decyzji, pracownik socjalny (PS) umieszcza stosowną adnotację na druku karty monitoringu i ewaluacji indywidualnego projektu socjalnego w punkcie „Projekt wymaga wprowadzenia zmian w zakresie”; w polu „inne”. Ostateczną decyzję o zakończeniu współpracy z rodziną podejmuje Kierownik ośrodka pomocy społecznej koordynującego działania prowadzone w ramach Modelu.

Po upływie trzech, a następnie sześciu miesięcy od zakończenia programu wsparcia (określonego w ramach założeń Modelu), prowadzona jest ewaluacja *ex post*. Jej celem jest ocena trwałości efektów zrealizowanych w ramach modelu działań. Efektywność wsparcia rozpatrywana jest ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy członków rodzin objętych działaniami realizowanych w ramach Modelu. Narzędziami ewaluacji na tym etapie jest Kwestionariusz ewaluacji *ex post* indywidualnego projektu socjalnego.

Za jej realizację odpowiedzialny jest pracownik socjalny (PS). Prowadząc wywiad kierunkowany dyspozycjami zawartymi we wzorze narzędzia, gromadzi on dane dotyczące postrzegania i oceny efektywności realizowanych działań przez beneficjentów oraz kolekcjonuje i syntetyzuje sugestie, wskazania i preferencje uczestników dotyczące dalszych (potencjalnie planowanych)przedsięwzięć o podobnym charakterze.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół następujących kwestii problemowych:

* Czy przygotowany pakiet usług był efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
* Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu?
  + Które działania realizowane w ramach Modelu były szczególnie efektywne?
  + Które działania realizowane w ramach Modelu były mało efektywne?
* W jakim stopniu poszczególne instytucje tworzące sieć wsparcia zrealizowały swoje zadania wynikające z założeń projektu?
* Jaki jest poziom motywacji członków rodzin w odniesieniu do wyjścia z sytemu pomocy społecznej?
* Czy działania podjęte w ramach Modelu przyczyniły się do ograniczenia marginalizacji społecznej członków rodzin objętych wsparciem?
* Jakie instytucje powinny zostać uwzględnione w czasie tworzenia sieci wsparcia?

Proponowane na tym etapie wskaźniki:

* Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli i utrzymali pracę zawodową
* Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły i utrzymały pracę zawodową
* Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
* Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową
* Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową

Wyniki ewaluacji *ex post* powinny umożliwić podjęcie decyzji dotyczących ustalenia zakresu ewentualnej dalszej współpracy z rodzinami objętymi programem wsparcia. Wnioski pochodzące z ewaluacji *ex post* pracownik socjalny (PS) przedstawia Kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub Kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który podejmuje decyzję co do charakteru dalszej współpracy z rodziną.

**Rekomendacja**

W celu rozpoznania ocen programu dokonywanych przez osoby objęte wsparciem realizowanym w ramach projektu rekomenduje się zastosowanie poniższego algorytmu:

***Suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny.***

***(Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)***

**Model*:***

***uśredniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby X)/liczba członków rodziny***

(Algorytm ten jest przywołany również w proponowanym wzorze [***KWESTIONARIUSZA EWALUACJI EX POST INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO***](#_Kwestionariusz_ewaluacji_ex))

* + 1. **Poziom Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny**

Celem działań ewaluacyjnych na tym poziomie jest określenie spodziewanych rezultatów działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu w odniesieniu do rodzin objętych programem oraz wyznaczenie głównych kierunków podejmowanych działań. Stanowi ona uzupełnienie diagnozy sytuacji rodziny i daje podstawy do modyfikacji planu działań określonego w IPS o zadania realizowane przez partnerów zewnętrznych.

W szczególności ewaluacja powinna posłużyć:

* pogłębieniu diagnozy sytuacji rodziny w przestrzeni zawodowej, mieszkaniowej, materialnej, zdrowotnej, opiekuńczo-wychowawczej i funkcjonowania w środowisku;
* wyłonieniu zasadniczych problemów i potrzeb rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu oraz ich hierarchizacji pod względem istotności dla poprawy sytuacji rodziny;
* dostosowaniu kształtu pakietu usług do potrzeb rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu,
* sformułowaniu wniosków dotyczących celów i metod pracy z oraz stworzeniu założeń indywidualnego projektu socjalnego (IPS);
* weryfikacji możliwości włączenia potencjalnych partnerów instytucjonalnych wchodzących w skład sieci wsparcia.

Narzędziem ewaluacji realizowanej na poziomie Zespołu Interdyscyplinarnego   
ds. Rodziny jest kwestionariusz protokołu ze spotkania zespołu interdyscyplinarnego do spraw rodziny/spotkania konsultacyjnego.

Działania ZIDR są monitorowane ze szczególnym uwzględnieniem następujących kwestii problemowych.

* Czy zaproponowany przez ZIDR pakiet usług jest efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
* Jaka jest skuteczność działań podejmowanych przez ZIDR?
* Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez ZIDR w ramach wsparcia realizowanego wg założeń Modelu?
* Czy kolejne instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? (Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?)

Narzędziem monitoringu jest kwestionariusz monitoringu działań ZIDR/spotkania konsultacyjnego.

**Proponowane przykładowe wskaźniki ewaluacji dotyczących działań ZIDR:**

* 1. **Perspektywa krótkoterminowa (do 6 miesięcy po zakończeniu działań)**
* Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęli pracę zawodową
* Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęły pracę zawodową
* Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
* Wysokość świadczeń finansowych, z których korzystają członkowie rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
* Sugerowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu

1. **Perspektywa długoterminowa (powyżej 6 miesięcy po zakończeniu działań)**

* Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęli i utrzymali pracę zawodową
* Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęły i utrzymały pracę zawodową
* Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
* Wysokość świadczeń finansowych, z których korzystają członkowie rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest specjalistą ds. sieci wsparcia (S). Współpracuje on w tym zakresie z pracownikiem socjalnym (PS).

Na podstawie wyników monitoringu, specjalista ds. sieci wsparcia (S) przedstawia propozycje modyfikacji celów i zadań określonych na etapie przygotowania do realizacji wsparcia bądź sugeruje ich utrzymanie. Ponadto efektem monitoringu jest decyzja co do ewentualnej zmiany lub utrzymania składu ekspertów tworzących ZIDR.

Specjalista ds. sieci wsparcia S przedstawia wnioski pochodzące z monitoringu kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który podejmuje decyzję o dalszej współpracy członków ZIDR z rodziną objętą systemem wsparcia.

* + 1. **Poziom realizacji Modelu na terenie gminy**
* **Ewaluacja ex ante**

Jej celem jest określenie spodziewanych rezultatów działań prowadzonych zgodnie   
z założeniami Modelu – barier i ograniczeń w jego stosowaniu w perspektywie instytucjonalnej. Wyniki tego etapu ewaluacji powinny umożliwić oszacowanie potencjału kadrowego, infrastrukturalnego i organizacyjnego w instytucjach podejmujących działania ukierunkowane na ograniczanie skali dziedziczonego ubóstwa na terenie objętym działaniami realizowanym zgodnie z założeniami Modelu.

W szczególności ustalenia wynikające z ewaluacji *ex ante* powinny posłużyć   
do zaprojektowania przebiegu procesu wdrażania zmian w strukturach organizacyjnych instytucji realizujących działania w obrębie modelu (w zasadniczej mierze dotyczy to ośrodków pomocy społecznej).

Powyższe zalecenia oznaczają konieczność wskazania instytucji, które mogą wejść   
w skład tworzonych sieci wsparcia oraz określenie ich potencjału – zasobów oraz deficytów, które wpływać będą na skuteczność działań podejmowanych przez ich przedstawicieli.

W szczególności ewaluacja ex ante realizowana powinna posłużyć:

* rozpoznaniu specyfiki potrzeb rodzin funkcjonujących na badanym terenie w celu zaprojektowania efektywnych pakietów usług,
* rozpoznaniu specyfiki funkcjonowania lokalnych instytucji potencjalnie mogących wejść w skład sieci wsparcia,
* rozpoznaniu możliwości formalnych włączenia instytucji potencjalnie mogących wejść  
  w skład sieci wsparcia w skład sieci wsparcia
* rozpoznaniu poziomu motywacji pracowników różnego szczebla ośrodka pomocy społecznej (OPS) w odniesieniu do działań związanych z wdrażaniem Modelu (gotowość do akceptacji zmian dotyczących systemu pracy),
* identyfikacji problemów OPS oraz ich hierarchizacji z perspektywy wdrażania założeń Modelu,
* identyfikacji potrzeb OPS oraz ich hierarchizacji z perspektywy wdrażania założeń Modelu,
* rozpoznaniu potencjału kadrowego OPS ułatwiającego wdrożenie Modelu – zarówno   
  w aspekcie liczby pracowników, jak i ich kompetencji,
* rozpoznaniu potencjału infrastrukturalnego OPS ułatwiającego wdrożenie Modelu.

Za jej realizację odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator – osoba posiadająca doświadczenie w zakresie realizacji badań ewaluacyjnych w obszarze badań dotyczących problemów społecznych. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji *ex ante* przygotowana przez ewaluatora. Na podstawie wyników ewaluacji, specjalista – zewnętrzny ewaluator przedstawia kierownictwu OPS wnioski stanowiące podstawę decyzji dotyczącej wdrażania Modelu.

* **Ewaluacja on going (monitoring)**

Jej celem jest bieżąca weryfikacja/monitoring rezultatów działań rozpatrywanych   
z perspektywy efektywności rozwiązań instytucjonalnych. Jest ona prowadzona na etapie realizacji wsparcia.

W szczególności wyniki ewaluacji *on going* powinny dostarczyć informacji umożliwiających podjęcie decyzji dotyczących utrzymania wypracowanych w ramach Modelu rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych, ich zaniechanie bądź modyfikację.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół poniższych kwestii problemowych.

* Czy przygotowane pakiety usług są efektywne w aspekcie wsparcia na rzecz rodzin objętych działaniami prowadzonymi w ramach Modelu?
* Czy włączone w skład sieci wparcia instytucje realizują swoje zadania w sposób efektywny?
* Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej są adekwatne   
  do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem   
  w ramach Modelu?
  + Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?
  + Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?
* Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu?
* Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w ramach określonych przez założenia Modelu?
* Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?/Jakie instytucje powinny zostać wyłączone z sieci wsparcia?
* Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu są zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym mieście/danej gminie.

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji instytucji przygotowana przez zewnętrznego ewaluatora na podstawie*.* Wnioski z ewaluacji *on going* powinny odnosić się do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w IPS.

Na podstawie wyników ewaluacji *on going*, specjalista – zewnętrzny ewaluator przedstawia kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który przygotowuje propozycje modyfikacji rozwiązań infrastrukturalnych, organizacyjnych i technicznych związanych z realizacją zadań wynikających z wdrażania Modelu, bądź wnioskuje o utrzymanie wypracowanych rozwiązań. Propozycje przedstawiane są następnie kierownictwu OPS i instytucji tworzących sieć wsparcia.

* **Ewaluacja ex post**

Jej celem jest określenie stopnia efektywności działań prowadzonych zgodnie   
z założeniami Modelu na poziomie instytucjonalnym. Wyniki ewaluacji *ex post* powinny umożliwić podjęcie decyzji dotyczących wprowadzania ewentualnych zmian organizacyjnych, infrastrukturalnych i technicznych.

Jej celem jest bieżąca weryfikacja/monitoring rezultatów działań rozpatrywanych   
z perspektywy efektywności rozwiązań instytucjonalnych. Jest ona prowadzona bezpośrednio  
 po zakończeniu etapu realizacji wsparcia.

W szczególności wyniki ewaluacji *ex post* powinny dostarczyć informacji umożliwiających podjęcie decyzji dotyczących utrzymania wypracowanych w ramach Modelu rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych, ich zaniechanie bądź modyfikację.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół następujących kwestii problemowych:

* Czy przygotowane pakiety usług okazały się efektywne w aspekcie wsparcia na rzecz rodzin objętych działaniami prowadzonymi w ramach Modelu?
* Czy włączone w skład sieci wparcia instytucje realizowały swoje zadania w sposób efektywny?
* Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej okazały się adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?
  + Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?
  + Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?
* Jaka jest efektywność działań podjętych przez poszczególne instytucje zaangażowane   
  w realizację działań wynikających z założeń projektu?
* Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w ramach określonych przez założenia Modelu?
* Jakie instytucje powinny zostać włączone w przyszłości w sieć wsparcia?/Jakie instytucje powinny zostać w przyszłości wyłączone z sieci wsparcia?
* Czy działania przeprowadzone zgodnie z założeniami Modelu były zgodne   
  z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym mieście/danej gminie.

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji instytucjiprzygotowana przez zewnętrznego ewaluatora. Wnioski z ewaluacji *ex post* powinny odnosić się do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w IPS.

Na podstawie wyników ewaluacji *ex post*, specjalista-zewnętrzny ewaluator przedstawia wnioski kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/ komórki, który przygotowuje propozycje modyfikacji rozwiązań infrastrukturalnych, organizacyjnych i technicznych związanych z realizacją   
w przyszłości zadań wynikających z wdrażania Modelu bądź wnioskuje o utrzymanie wypracowanych rozwiązań. Propozycje przedstawiane są następnie kierownictwu Ośrodka Pomocy Społecznej i instytucji tworzących sieć wsparcia.

**Proponowane na tym etapie wskaźniki**

* Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
* Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym   
  w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
* Uśredniona ocena motywacji do wzięcia udziału w kolejnych etapach realizacji Modelu członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie   
  z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
* Uśredniona ocena dostępu do informacji dotyczących działań realizowanych   
  w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).

**Rekomendacja**

W celu rozpoznania ocen programu dokonywanych przez osoby objęte wsparciem realizowanym w ramach projektu rekomenduje się zastosowanie poniższego algorytmu:

***Suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny.***

***(Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)***

**Model:**

***uśredniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby X)/liczba członków rodziny***

(Algorytm ten jest przywołany również w proponowanym wzorze [***KWESTIONARIUSZA EWALUACJI EX POST INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO***](#_Kwestionariusz_ewaluacji_ex))

* Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu.
* Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową.
* Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym   
  w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową.
* Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
* Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
* Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
* Średnia liczba instytucji wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.
* Liczba usług wchodzących w skład „katalogu usług”.
* Odsetek instytucji, które weszły skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.
* Odsetek usług, które weszły w skład „katalogu usług”.
* Średni odsetek usług wchodzących w skład „katalogu usług”, które oceniane są przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu ocenionych jako nieefektywne.
* Odsetek działań realizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.

## **Warunki realizacji Modelu**

Poprzez sprawną realizację modelu rozumie się zapewnienie odpowiednich warunków   
dla wszystkich jego realizatorów. Warunki te winny być jasne i czytelne dla każdego użytkownika oraz instytucji zaangażowanych w realizację Modelu. Zatem na potrzeby niniejszego Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa również warto wskazać wszelkie warunki, które ułatwią jego realizację i wdrożenie.

Podstawowy zakresu warunków realizacji Modelu dla użytkowników obejmuje:

* warunki organizacyjne/kadrowe/szkoleniowe;
* warunki techniczne;
* warunki finansowe;
* warunki prawne.

Warunki te zostały opisane w tabeli nr 2.

Tabela2. Warunki zastosowania Modelu w praktyce.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Instytucja wdrażająca Model | Instytucja partnerska |
| Warunki kadrowe | * **Oszacowanie potencjału kadrowego,  a w przypadku braku** **pracownika socjalnego – należy zatrudnić nowego.**   **Ważne:** w przypadku powierzenie pracownikowi socjalnemu pracy w modelu już zatrudnionemu w instytucji, pozostali pracownicy socjalni, mogą przejąć jego obowiązki ale muszą być spełnione wymogi ustawy o pomocy społecznej. Wyłonienie kadry odpowiedzialnej za realizację Modelu.  Istotne jest, aby planowane w ramach Modelu działania były realizowane przez pracowników zgłaszających chęć uczestnictwa, gotowych do podniesienia swoich kwalifikacji  i zmiany specyfiki pracy. Osoby zarządzające jednostką organizacyjną powinny przedstawić kadrze – w ramach wspólnego spotkania – zasoby i ograniczenia wynikające  z uczestnictwa w realizacji Modelu tak,  aby pracownicy mogli świadomie podjąć decyzję o udziale  w projekcie. Zmotywowana i gotowa do zmian kadra zwiększa skuteczność działań, szczególnie na etapie zapraszania rodzin  do współpracy. Na tym etapie może zajść konieczność zatrudnienia dodatkowych osób do realizacji Modelu. W ramach wewnętrznej lub zewnętrznej rekrutacji kandydaci powinni uzyskać pełną wiedzę o ich przyszłej roli. Optymalnym rozwiązaniem jest zaproszenie pracowników socjalnych zainteresowanych uczestnictwem w realizacji Modelu do wspólnych prac nad tworzeniem i wdrażaniem Modelu w danej jednostce organizacyjnej. Dzięki temu pracownicy socjalni będą mieli dużą wiedzę o funkcjonowaniu Modelu i motywację do jego wdrażania. Osoba zarządzająca Ośrodkiem powinna zaproponować uczestnictwo w realizacji Modelu pracownikom zorientowanym na podniesienie swoich kwalifikacji,  nastawionym na rozwój, elastycznym i gotowym do zmiany specyfiki pracy. Poniżej przestawiono rekomendowane, obowiązkowe i fakultatywne wymagania wobec pracowników realizujących zadania w Modelu.   * **Ustalenie poszczególnych zakresów czynności spójnych z zadaniami zaproponowanymi w Modelu**.   **Uwaga!**   * Szczegółowy opis zakresu zadań pracowników instytucji wdrażającej znajduje się w Podręczniku dla instytucji wdrażającej w tabeli nr 1: „Rekomendowane zakresy zadań pracowników realizujących zadania w ramach Modelu  z ramienia instytucji wdrażającej” (Etap organizacyjny B  – przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu). * Wzory porozumień i aneksów do zakresu czynności pracowników stanowią załączniki do Podręcznika dla instytucji wdrażającej. | * **Oszacowanie potencjału kadrowego, a w przypadku braku pracownika – należy zatrudnić nowego**. * **Wskazanie pracownika odpowiedzialnego za bezpośrednią współpracę z instytucją wdrażającą Model**; * **Wskazanie pracowników – specjalistów**, którzy będą współpracować z pracownikami instytucji wdrażającej Model  w ramach Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny. Ustalenie zakresu czynności spójnych z zadaniami zaproponowanymi  w Modelu.   **Uwaga!**   * Nie we wszystkich przypadkach konieczna będzie zmiana zakresów czynności. Pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, szkół, poradni, placówek wsparcia dziennego, sądów, policji, instytucji kultury, organizacji pozarządowych, w ramach obowiązków służbowych mogą przemieszczać się i uczestniczyć w spotkaniach poza miejscem pracy. Inaczej w sytuacji np. doradcy zawodowego i pośrednika pracy Powiatowego Urzędu Pracy, którzy mogą wykonywać swoje obowiązki jedynie w obrębie PUP. W takich sytuacjach konieczne jest omówienie możliwości zmiany zakresu czynności lub ustalenie możliwości spotkań członków Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny na terenie Urzędu. * Zakres współpracy i zaangażowanie pracownika w ramach Modelu może zostać określone w umowie współpracy z instytucją wdrażającą. Wzór porozumienia partnerskiego / umowy współpracy stanowi załącznik do Podręcznika dla realizatorów. * **Opracowanie klauzuli ochrony danych osobowych**. Zakłada się, że wszyscy specjaliści współpracujący w Modelu w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny będą mieli dostęp do danych osobowych rodzin korzystających ze wsparcia. Rekomenduje się opracowanie klauzuli, w ramach której osoby  i rodziny wyrażą zgodę na dostęp pracowników instytucji partnerskiej do danych osobowych. |
| Warunki szkoleniowe | * **Zorganizowanie spotkań informacyjnych i edukacyjnych z potencjalnymi partnerami**. Instytucją odpowiedzialną za organizację spotkań jest instytucja wdrażająca Model.   Forma prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych w zakresie Modelu może być dowolna. Mogą to być zarówno spotkania dla kilku bądź kilkunastu osób, szkolenia lub warsztaty, spotkania indywidualne itp. Jednakże, niezależnie od przyjętej formy, zakres spotkań informujących  i przygotowujących do wdrożenia Modelu powinien obejmować co najmniej następujące zagadnienia:   * podstawowe informacje o Modelu (cele, adresaci modelu, realizatorzy); * główne założenia Modelu (interdyscyplinarność, praca metodą indywidualnego przypadku, współpraca partnerska, skoncentrowanie interwencji na dzieciach młodzieży); * korzyści płynące z realizacji Modelu; * rola sieci wsparcia we wdrażaniu Modelu; * zasady współpracy w ramach sieci (Zespoły Interdyscyplinarne ds. Rodzin, pakiety usług, informatorium); * warunki techniczno-organizacyjne wdrożenia Modelu; * wdrożenie krok po kroku – etapy wdrożenia Modelu.   W odniesieniu do poszczególnych grup uczestników, w ramach szkoleń, nacisk powinien zostać położony na nieco inne aspekty związane z wdrażaniem Modelu. W przypadku kadry zarządzającej instytucji wdrażającej/ planującej wdrożenie Modelu (dyrektorów, kierowników OPS), szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na kwestie związane z warunkami techniczno-organizacyjnymi, jakie muszą być zapewnione, aby móc wdrożyć Model. W przypadku pracowników zainteresowanych jego realizacją (pracowników socjalnych pracujących z rodzinami, specjalistów ds. sieci wsparcia) szczególny nacisk powinno się położyć na kwestie związane z poszczególnymi etapami wdrażania Modelu. W przypadku pracowników instytucji partnerskich istotne jest szczegółowe wyjaśnienie istoty Modelu – jego celów, roli, jaką odgrywa w umacnianiu współpracy lokalnej, przewidywanej skuteczności oraz szczegółowe opisanie kolejnych etapów realizacji Modelu. Pracownicy instytucji partnerskich powinni uzyskać szczegółową informację o ich roli na każdym z etapów metodycznego działania w Modelu. Praktyczne aspekty wdrażania Modelu powinny być stale konsultowane np. poprzez indywidualny coaching, mentoring, tutoring w tym zakresie. Dodatkowo, jako wzmocnienie i podniesienie kompetencji pracowników realizujących Model, proponuje się objęcie ich systematycznym wsparciem superwizyjnym, jak również utworzenie możliwości samodoskonalenia się w ramach grup edukacyjnych opartych na metodzie Study Circle. Jednocześnie rekomenduje się przygotowanie w tym zakresie także partnerów – członków sieci wsparcia.  **Uwaga!**  Szczegółowe informacje i rekomendacje dotyczące spotkań z potencjalnymi partnerami znajdują się w Podręczniku dla realizatorów(Etapy tworzenia lokalnej sieci wsparcia).   * **Zorganizowanie i przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla kadry projektu oraz instytucji partnerskich** oraz udział  w szkoleniach niezbędnych w związku z realizacją Modelu organizowanym przez instytucję wdrażającą.   **Rekomendowane szkolenia dostępne na rynku:**   * wykorzystanie narzędzi analizy, diagnozy i ewaluacji rekomendowanych do wykorzystania w Modelu; * praca z klientem / rodziną w oporze – wspomaganie w procesie zmian, przygotowanie do zmiany, wspieranie w dokonaniu zmiany  i jej utrwalanie, przezwyciężania oporu przed zmianą, metody i techniki motywowania w pracy socjalnej; * wykorzystanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach i Dialogu Motywującego w pracy z rodzinami; * praca metodą Konferencji Grupy Rodzinnej; * mediacje i negocjacje w pracy socjalnej; * opracowanie i negocjowanie z klientem/rodziną założeń Indywidualnego Projektu Socjalnego i kontraktu socjalnego (analiza SWOT sytuacji rodziny, określanie celów, działań, przewidywanych efektów, nawiązywanie współpracy środowiskowej); * wykorzystanie metody Study Circle w samokształceniu i doskonaleniu pracowników socjalnych; * Case Management i nawiązywanie partnerstw.   Rekomendowane szkolenia mogą zostać sfinansowane ze środków własnych instytucji zaangażowanych w realizację Modelu. Poleca się także finansowanie szkoleń ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (dysponentem środków są Urzędy Pracy). W przypadku jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, szkolenia metodyczne mogą zostać zorganizowane we współpracy Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej.  Kadra szkoląca powinna posiadać kompetencje w obszarze pomocy społecznej i tworzenia partnerstw lokalnych. | |
| Warunki organizacyjne | Z uwagi na zaangażowanie wielu lokalnych instytucji i podmiotów, ramach ustaleń na szczeblu osób zarządzających, na etapie budowania partnerstwa na rzecz realizacji Modelu - rekomenduje się powołanie Zespołu Koordynującego. W skład zespołu wchodziłyby osoby zarządzające instytucjami partnerskimi. Do zadań Zespołu należałoby:   * zapewnienie komunikacji pomiędzy partnerami w projekcie * zarządzanie zasobami ludzkimi * zarządzanie ryzykiem * rozwiązywanie konfliktów w społeczności lokalnej.   **Uwaga!**  Szczegółowe informacje i rekomendacje dotyczące koordynacji wdrażania i funkcjonowania Modelu znajdują się w rozdziale 5 Modelu. | |
| * Stworzenie warunków do realizacji działań interdyscyplinarnych, pracy środowiskowej oraz pracy socjalnej * Pierwszym krokiem do tworzenia zespołu kompetentnych pracowników Modelu jest dobór pracowników (Kryteria kompetencyjne i osobowościowe pracowników instytucji wdrażającej zostały określone w podręczniku dla instytucji wdrażającej (Etap organizacyjny B – przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu). * Zmiana zakresu zadań pracowników pełniących funkcje  w Modelu. * Zapewnienie szkoleń, stałych konsultacji personelu, superwizji działań w ramach modelu, ewaluacji działań. * Zapewnienie sprawnej organizacji pracy ( w tym wymiana informacji pomiędzy działami i instytucjami, organizacja czasu pracy) i wykorzystania zasobów materialnych. * Sprawny nadzór nad działaniami kadry, koordynacja pracy pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia, ocena pracownicza. * Ustalenie sposobu komunikowania się i wymiany informacji  z pracownikami / specjalistami instytucji partnerskich * Wdrożenie Modelu stosownym dokumentem, tj. dostosowanie istniejącej struktury jednostki do założeń Modelu. | * Z uwagi na możliwość poszerzenia zakresu działań pracowników instytucji partnerskiej, możliwa jest zmiana zakresu zadań pracowników realizujących zadania w Modelu * Podjęcie decyzji o współpracy w ramach Modelu * Zapewnienie szkoleń, stałych konsultacji personelu, ewaluacji działań. * Sprawny nadzór nad działaniami kadry, ocena pracownicza * Ustalenie sposobu komunikowania się i wymiany informacji  z pracownikami instytucji wdrażającej model |
| Warunki techniczne | W celu zapewnienia wysokiej efektywności działań w ramach Modelu, miejsca spotkań indywidualnych i grupowych powinny sprzyjać szczerej i dyskretnej rozmowie. Podczas prowadzonych rozmów pracownika socjalnego z rodzinami nie powinny być obecne osoby trzecie, chyba że jest to konieczne z uwagi na charakter spotkania ( np. członek rodziny, pracodawca, osoba bliska klientowi) lub związane z ograniczeniami sprawności klienta (np. tłumacz osoby głuchoniewidomej), obecność osób trzecich powinna być wcześniej ustalona z klientem. Jeżeli osoba / rodzina uczestnicząca w realizacji zadań wyrazi na to zgodę i zachodzi taka konieczność, spotkania mogą odbywać się w domu klienta lub w siedzibie instytucji partnerskiej.  W przypadku Zespołów interdyscyplinarnych oraz pracy grupowej, spotkania powinny odbywać się w pomieszczeniach o wyraźnie wyznaczonych i zamkniętych granicach. Sala powinna być dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, w przypadku uczestnictwa osób poruszających się na wózkach inwalidzkich zajęcia powinny odbywać się w budynku posiadającym podjazdy, na parterze lub na wyższych kondygnacjach, jeśli w budynku znajduje się winda. Warunki współpracy oraz zasady obowiązujące podczas wszystkich spotkań grupowych i indywidualnych powinny być jasno zdefiniowane, wśród nich należy uwzględnić: poufność, punktualność, zaangażowanie klienta i pracowników realizujących działania w realizację ustalonych zadań, ramy czasowe spotkań, zasady komunikacji.  Niezbędne wyposażenie:   * Wytyczenie stanowisk pracy dostosowanie do realizacji Modelu, poprzez wyposażenie bądź doposażenie istniejących stanowisk  w odpowiedni sprzęt biurowy i teleinformatyczny, tj. biurko, krzesło, sprzęt komputerowy, dostęp do telefonu, Internetu, drukarki, materiały biurowe, * Zorganizowanie pomieszczeń przystosowanych do spotkań z rodziną oraz grup i zespołów z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych, * Zorganizowanie w pobliżu sali spotkań lub w sali spotkań kącika dla dzieci wyposażonego w stolik krzesełka, zabawki, przybory do rysowania, * Przygotowanie niezbędnych druków bezpośrednio wykorzystywanych do realizacji Modelu. | |
| Warunki finansowe | * Przygotowanie kosztorysu wdrożenia Modelu zgodnego  z polityką finansową instytucji. | * Realizacja finansowa po stronie instytucji partnerskiej opiera się  w większości na jej środkach własnych. * Możliwe jest dostosowanie pomieszczenia do realizacji działań grupowych/ interdyscyplinarnych (doposażenie w niezbędne meble, sprzęt multimedialny) |
| Warunki prawne | * Wpisanie Modelu do dokumentów strategicznych, tj. Lokalnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych, * Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji, np. struktura organizacyjna, powołanie komórki/zespołu itp., * Zawarcie stosownych porozumień/umów partnerskich.   **Uwaga!**   * Rekomendacje do zawierania porozumień partnerskich znajdują się w podręcznikach   **Uwaga!**  Realizacja zadań w ramach Modelu nie wymaga rekomendowania zmian prawnych na poziomie ustawowym. Model zakłada możliwość implementacji w obecnym stanie prawnym. | * Zawarcie stosownych porozumień/umów partnerskich dostosowanych do aspektów prawnych instytucji partnerskiej.   **Uwaga!**  Realizacja zadań w ramach Modelu nie wymaga rekomendowania zmian prawnych na poziomie ustawowym. Model zakłada możliwość implementacji w obecnym stanie prawnym. |

*Źródło: opracowanie własne*

# **ZAŁĄCZNIKI**

## 

## **Wzory umów i porozumień z partnerami**

## **Wzór porozumienia partnerskiego/ umowy o współpracy**

**POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY**

zawarte w dniu ................................................................... roku pomiędzy:

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

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

reprezentowanym przez:

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

zwanym dalej Partnerem

a instytucją wdrażającą Model pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa na terenach pogórniczych na obszarze*……(nazwa terytorium)….*

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

reprezentowanym przez:

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

zwanym dalej Liderem

**Preambuła**

Intencją partnerów niniejszego porozumienia jest wspólna realizacja założeń Modelu w zakresie wypracowania nowatorskich rozwiązań zmierzających do przeciwdziałania oraz minimalizowania problemu dziedziczeniu ubóstwa.

Rozwiązania, o których mowa powyżej, mają na celu wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń w pracy z środowiskiem dotkniętym dziedziczonym ubóstwem, jak również dostosowanie ich do specyficznych problemów danego terytorium.

Ponadto są ukierunkowane na wypracowanie nowej jakości usług, swoistego rodzaju modelowych rozwiązań w zakresie działalności społecznej z szczególnym uwzględnieniem społeczności lokalnej i zasobów instytucjonalnych.

§ 1.

Strony porozumienia wspólnie zobowiązują się do:

* stałej współpracy na rzecz sprawnej realizacji zadań przewidzianych w ramach Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa,
* wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za współpracę,
* dostosowania (w razie potrzeby) organizacji pracy instytucji na rzecz sprawnego funkcjonowania zaproponowanego modelu pracy,
* aktywnego wspierania uczestników realizowanych działań w zakresie posiadanych kompetencji,
* przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

§ 2.

Strony porozumienia ustalają następujący podział zadań:

1. Lider zobowiązuje się do:

* zorganizowania systemu pracy określonego w Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa,
* koordynowania (w tym monitorowania i nadzorowania) prac w ramach wdrażania Modelu,
* zapewnienia sprawnego systemu komunikacji z Partnerami,
* zapewnienia udziału Partnerów w podejmowaniu decyzji i realizacji zadań, na zasadach określonych w niniejszym porozumieniu,
* wsparcia Partnerów w realizacji powierzonych zadań, w tym pomocy   
  w rozwiązywaniu wszelkich występujących problemów podczas realizacji działań modelowych,
* zapewnienia zachowania zasady równości szans i płci w ramach partnerstwa,
* zapewnienia warunków technicznych i lokalowych do sprawnego organizowania wszelkich spotkań w ramach działań Modelu,
* gromadzenia informacji o uczestnikach realizowanych działań,
* wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za poszczególne działania w Modelu i ujęcie ich na liście stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Porozumienia.

1. Partner zobowiązuje się do:

* aktywnego uczestnictwa i współpracy w realizacji Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa,
* dostosowania (w razie potrzeby) organizacji pracy instytucji na rzecz sprawnego funkcjonowania zaproponowanego w modelu pracy,
* aktywnej realizacji założonych celów partnerstwa, zgodnie z posiadanymi kompetencjami,
* terminowej realizacji zadań ustalonych przez członków zespołów zadaniowych,
* stosowania przyjętego systemu przepływu informacji i komunikacji między Partnerami,
* niezwłocznego informowania Lidera o przeszkodach przy realizacji zadań,
* gromadzenia informacji o uczestnikach realizowanych działań i przekazywania ich Liderowi,
* respektowania w realizowanych zadaniach zasady równości szans i płci,
* dołączenia do niniejszego Porozumienia katalogu/pakietu usług, stanowiących zasoby Partnera (załącznik nr 3),
* wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za poszczególne działania w Modelu i ujęcie ich na liście stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Porozumienia

§ 3.

Strony przyjmują następujący system zapewnienia równości szans, w tym równości płci:

1. Kadra realizująca działania w ramach Partnerstwa zostanie wybrana na podstawie kwalifikacji i kompetencji do wykonywania określonych zadań. Będzie miała możliwość godzenia życia zawodowego i rodzinnego poprzez elastyczne formy zatrudnienia.
2. Realizowane wsparcie będzie miało charakter zindywidualizowany, uwzględniający specyficzną sytuację i indywidualne potrzeby kobiet i mężczyzn, co pozwoli na realizację zasad dotyczących równości szans i równego dostępu.
3. Realizowane działania będą uwzględniać potrzeby osób z niepełnosprawnością, m.in. poprzez planowanie funkcjonalnych usprawnień, organizację działań w miejscach pozbawionych barier architektonicznych   
   i funkcjonalnych itd.

§ 4.

Strony porozumienia przyjmują następujący system przepływu informacji i komunikacji:

* 1. Bieżąca wymiana informacji i komunikacji między Partnerami będzie realizowana za pomocą poczty elektronicznej. Partnerzy są zobowiązani do wskazania osoby odpowiedzialnej za kontakty z Liderem oraz przekazania Liderowi jej imienia, nazwiska, adresu poczty elektronicznej i numeru telefonu (na formularzu będącym załącznikiem nr 2 do porozumienia).
  2. Partnerzy zobowiązują się do zorganizowania sprawnego systemu odbioru poczty elektronicznej (co najmniej raz na 24 godziny). Potwierdzenie odbioru e-maila jest równoznaczne z zapoznaniem się z przesyłaną informacją i tak traktowane przez Lidera.
  3. Partnerzy są odpowiedzialni za zapewnienie efektywnej komunikacji wewnątrz swoich instytucji.

§ 5

Działania podejmowane w ramach niniejszego Porozumienia nie wykraczają poza działania statutowe Lidera, jak i Partnera.

§ 6.

Postępowanie w sprawach spornych:

1. Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją porozumienia strony będą starały się rozwiązać polubownie.
2. W przypadku niemożności rozstrzygnięcia sporu w trybie określonym w ust. 1, strony ustalają zgodnie, że spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie Sądu Powszechnego właściwego dla siedziby Lidera.

§ 7.

W sprawach nie uregulowanych niniejszym porozumieniem stosuje się odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8.

1. Porozumienie wchodzi w życie w dniu podpisania. porozumienie zawiera się na okres ........................................................

§ 9.

Zmiany i uzupełnienia Porozumienia wymagają zgody obu stron oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10.

Porozumienie sporządzono w ............. jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Partner: Lider:

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

Załącznik nr 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię, Nazwisko** | **Instytucja** | **Funkcja pełniona**  **w projekcie** | **Kontakt**  **(telefon, mail)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Załącznik nr 2

**Tabela pakietu usług\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa usługi** | **Odbiorcy usługi** | **Usługa: Profilaktyczna Aktywizująca Interwencyjna** | **Obszar realizacji usługi** | **Opis usługi** | **Wsparcie towarzyszące** | **Organizator Usługi** | **Koszt usługi** | **Dostępność** | **UWAGI** |
| 1 | Warsztaty umiejętności rodzicielskich „Szkoła dla rodziców” | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A | Rozwój kompetencji społecznych | Cykl 15 spotkań, po 2,5 godziny każde, poświęcone edukacji w zakresie wypełniania ról rodzicielskich. | Zapewniona opieka dla dzieci | WPWD Dziupla | Nieodpłatnie | Dostępna | Edycje uruchamiane w III i X |
| 2 | Poradnictwo zawodowe | Osoby w wieku aktywności zawodowej | P/A/I | Poradnictwo specjalistyczne | Doradztwo w zakresie doboru właściwej ścieżki rozwoju oraz w rozwiązywaniu problemów zawodowych. | Nie dotyczy | PUP | Nieodpłatnie | Dostępna | Indywidu-alne i grupowe |
| 3 | Poradnictwo specjalistyczne | Osoby dotknięte przemocą w rodzinie i rodziny z problemem alkoholowym. | I | Poradnictwo specjalistyczne | Punkt konsultacyjny prowadzi działalność dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie i rodzin z problemem alkoholowym. Usługi Punktu przeznaczone są dla mieszkańców Gminy Wodzisław Śląski i świadczone są bezpłatnie. | Nie dotyczy | OPS | Nieodpłatnie | Dostępna |  |

\* wypełnia Współpartner niniejszego Porozumienia

### **Projekt uchwały Rady Miasta w sprawie przyjęcia zmian Strategii**

**UCHWAŁA NR ………………….**

**RADY MIEJSKIEJ/GMINY .……………………………..**

z dnia …………… roku

**w sprawie przyjęcia zmian „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w ………………………… na lata ……………………..”.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.) w związku z art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)

**Rada Miejska/Gminy ……………………………….**

**Uchwala, co następuje:**

§ 1.

Zmienia się uchwałę nr ……………….. Rady Miejskiej/Gminy …………………………….. z dnia …………………. Roku, w ten sposób, że wprowadza się zmiany do „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Mieście/Gminie ………………….. na lata …………………….” w brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi/Burmistrzowi/Wójtowi Miasta/Gminy …………………………………………………………………………………………………...

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Projekt uchwały Rady Miasta w sprawie przyjęcia narzędzia w postaci Modelu**

**UCHWAŁA NR ………………….**

**RADY MIEJSKIEJ/GMINY ……………………………………..**

z dnia …………… roku

**w sprawie przyjęcia** **narzędzia pracy pracownika Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci:**

**„Model pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U.   
z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)

**Rada Miejska/Gminy ……………………………...**

**uchwala, co następuje:**

§ 1.

Wprowadza się narzędzie pracy pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci: „Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedziczonego ubóstwa”, który stanowi załącznik do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi/Kierownikowi Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Wzór zarządzenia w sprawie zmiany regulaminu pracy Ośrodka**

**ZARZĄDZENIE Nr …….**

Dyrektora/ Kierownika Miejskiego/Gminnego/Ośrodka Pomocy Społecznej z dnia …………….

**w sprawie: zmiany Regulaminu pracy Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w ……………………..**

Na podstawie Statutu Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w .…………

**zarządzam, co następuje:**

§ 1

W Regulaminie pracy Miejskiego/Gminnego/Ośrodka Pomocy Społecznej   
w …………………. stanowiącym Załącznik do Zarządzenia nr ……... z dnia …………….wprowadzam z dniem ……………………...następująca zmianę:

§……. dodaje się punkt Nr …, który otrzymuje brzmienie:

„§ …… pkt ….. W szczególnie uzasadnionych wypadkach pracodawca wprowadza zadaniowy czas pracy”

§2

Zarządzenie podlega podaniu do wiadomości pracowników poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w Miejskim/Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w……………….. przez okres dwóch tygodni.

§3

Wykonanie zarządzenia powierzam osobie zajmującej się sprawami kadrowymi.

### **Wzór porozumienia z pracownikiem socjalnym**

**POROZUMIENIE**

W dniu…………………w ………………………. Dyrektor/Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w ………………………………..……………………………………..., zwany dalej pracodawcą ……………………………………..

( imię i nazwisko)

i pracownik – …………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko pracownika oraz adres zamieszkania)

***zawierają porozumienie zmieniające warunki pracy i płacy***

i ustalają od dnia…………….. nowe warunki pracy dotyczące zmiany zakresu czynności.

**I Zakres obowiązków**

– zmiana zakres czynności stanowi załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia.

**II zmiana wynagrodzenia**

- wynagrodzenie zasadnicze wg ….kategorii zaszeregowania - ……….zł

- dodatek do wynagrodzenia zgodnie z art.121 ust. 3a ustawy o pomocy społecznej

z dnia 12 marca 2004 roku - 250,00 zł

- dodatek za wieloletnią pracę - ……….zł

Pozostałe warunki pracy nie ulegają zmianie

Podpis pracownika Podpis pracodawcy

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

### **Porozumienie z pracownikiem w sprawie zadaniowego czasu pracy**

dnia ……………………..

**………………………………**

(imię i nazwisko pracownika)

**pracownik socjalny (PS)**

(stanowisko służbowe)

**POROZUMIENIE Z PRACOWNIKIEM OKREŚLAJĄCE ZAKRES ZADAŃ W ZADANIOWYM SYSTEMIE CZASU PRACY**

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w ……………………z dnia…………….…… w związku z zatrudnieniem Pan/i od dnia ………………. r. w systemie zadaniowego czasu pracy, po dokonaniu porozumienia, ustala się od dnia ………………. następujący zakres zadań:

* przeprowadzenie diagnozy środowiskowej,
* wytypowanie rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem,
* analiza dokumentacji w celu zakwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem w ramach Modelu,
* nawiązanie kontaktu z rodziną spełniająca kryteria dziedziczonego ubóstwa,
* przeprowadzenie wstępnej diagnozy, a następnie pogłębionej diagnozy,
* określenie celów pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków, w szczególności dzieci i młodzieży,
* współpraca z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi,
* współtworzenie pakietu usług i Informatorium,
* zarządzanie pomocą udzielaną rodzinie przez podmioty wschodzące w skład sieci wparcia,
* współpracowanie ze specjalista ds. sieci wsparcia w ramach spotkań konsultacyjnych (analiza dokumentacji, opracowanie koncepcji indywidualnego projektu socjalnego, ustalenie zakresu wsparcia środowiskowego – wykorzystując pakiet usług),
* planowanie, przygotowanie i realizacja pracy socjalnej (indywidualna, grupowa i środowiskowa) z rodziną/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
* uzgadnianie składu Zespołów Interdyscyplinarnych Ds. Rodziny (ZIDR), współprowadzenie oraz ewaluacja prac ZIDR,
* współdziałanie z wszystkimi działami Ośrodka w związku z płynną realizacją zadań,
* składanie comiesięcznych oświadczeń w sprawie, dotyczących wykonania zadań zgodnie z planem i w rozmiarze odpowiadającym planowanemu czasu pracy w terminie do 5 dnia następnego miesiąca,
* zapewnienie przepływu informacji w zakresie realizowanych zadań,
* współpraca z organami administracji rządowej, wojewódzkiej, powiatowej, samorządowej i jednostkami samorządowymi, służbą zdrowia, zakładami karnymi, organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami,
* prowadzenie pełnej dokumentacji rekomendowanej do wykorzystania   
  w Modelu, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z zaleceniem dyrektora Ośrodka,
* uczestniczenie w naradach i szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
* kierowanie się zasadami etyki zawodowej,
* znajomość przepisów prawnych w zakresie powierzonych obowiązków,
* przestrzeganie tajemnicy państwowej i służbowej,

### **Wzór aneksu do zakresu czynności pracownika socjalnego**

Aneks Nr …….. do zakresu czynności z dnia …………….

**……………………………………………………** ( imię i nazwisko pracownika)

**pracownik socjalny (pracujący poza komórką)**

(stanowisko służbowe)

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w ……………………….. z dnia ……..………………

***powierzam dodatkowy zakres zadań:***

1. wypełnienie karty oceny formalnej,
2. poinformowanie rodziny spełniającej kryteria dziedziczonego ubóstwa   
   o możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia w ramach Modelu,

utrzymywanie stałego kontaktu z pracownikiem socjalnym realizującym pracę socjalną w ramach Modelu (pozyskuje i przekazuje niezbędne do realizacji wsparcia rodziny.

……………………………... …………………………….

data i podpis pracownika podpis pracodawcy

### **Wzór aneksu do zakresu czynności specjalisty ds. sieci wsparcia**

Aneks nr …….. do zakresu czynności z dnia …………….

**………………………………**

( imię i nazwisko pracownika)

**Specjalista ds. sieci wsparcia**

( stanowisko służbowe)

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w …………………… z dnia………………

powierzam dodatkowy zakres zadań

1. Uczestnictwo w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz   
   w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
2. Uczestniczenia z ramienia instytucji wdrażającej Model w rozpoznaniu i analizie zasobów środowiskowych, niezbędnych do stworzenia pakietu usług i informatorium,
3. Na etapie budowania partnerstw organizuje spotkania informacyjne z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa,
4. Współuczestniczenie w wypracowaniu ram współpracy z zaproszonymi instytucjami oraz koordynacja prac,
5. Utrzymywania kontaktów z przedstawicielami partnerów realizujących działania w ramach Modelu,
6. Analizowanie dokumentacji przedstawionej przez pracownika socjalnego pod kątem kwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem,
7. Współpraca z pracownikiem socjalnym w ramach spotkań konsultacyjnych (analiza dokumentacji, współtworzy koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego – przy wykorzystaniu pakietu usług, wspieranie PS w ewaluacji działań, ZIDR, wspieranie w monitoringu pracy członków ZIDR),
8. Uzgadnianie składu ZIDR oraz prowadzenie spotkań,
9. Uzgadnianie terminów spotkań ZIDR oraz prowadzenie pełnej wymaganej dokumentacji,
10. Prowadzenie sprawozdawczości dla potrzeb Modelu.

## **Wykaz narzędzi wykorzystywanych w Modelu**

### **Wstępna deklaracja uczestnictwa w Modelu**

…………………………., dnia ...........................................

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

(imię i nazwisko przedstawiciela, a zarazem członka rodziny)

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

(adres zamieszkania rodziny)

**WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W MODELU**

**opartym na pracy**

**Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny**

**oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego**

Po zapoznaniu przez pracownika socjalnego ………………………………………………………..\*   
z zasadami realizacji wsparcia w ramach modelu opartego na pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego deklaruję gotowość uczestnictwa w przewidzianych działaniach.

Ponadto deklaruję:

* włączenie się wszystkich członków mojej rodziny w opracowanie celów oraz założeń wsparcia najbardziej odpowiedniego dla moich i moich bliskich potrzeb;
* współpracę z pracownikiem socjalnym oraz pozostałymi członkami Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny w zaplanowaniu i realizacji działań na rzecz Mojej rodziny;
* informowanie o każdej zmianie sytuacji mającej wpływ na zakres i formę udzielanej pomocy;
* aktywny udział w opracowaniu i realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego.

…............................................................................................   
podpis przedstawiciela rodziny, składającego oświadczenie

*\* Nazwa instytucji/placówki*

………....…………………., dnia ...........................................

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w związku   
z uczestnictwem w działaniach przewidzianych w ramach modelu opartego na pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ..……………………………………………………………. |
|  | *(data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego*  *– brak podpisu oznacza brak zgody)* |

**Kto przetwarza dane osobowe Państwa Dziecka?**

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, ul. Daszyńskiego 3.

**Dlaczego przetwarzamy dane osobowe Państwa Dziecka?**

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Państwazgody. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Zgodę można odwołać w każdym czasie. W celach dowodowych odwołanie zgody powinno być w formie pisemnej. W przypadku braku zgody uczestnictwo Państwa Dziecka w działaniach przewidzianych w ramach modelu opartego na pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego nie będzie możliwe.

Dane osobowe Państwa Dziecka będą przetwarzane również w środowisku informatycznym, co oznacza, że mogą być także tymczasowo przechowywane i przetwarzane w celu zapewnienia bezpieczeństwa i poprawnego funkcjonowania systemów informatycznych,   
np. w związku z wykonywaniem kopii bezpieczeństwa, testami zmian w systemach informatycznych, wykrywania nieprawidłowości lub ochroną przed nadużyciami i atakami.

Dane osobowe Państwa Dziecka nie będą podlegały profilowaniu.

**Jakie mają Państwo prawa?**

Zgodnie z przepisami mają Państwo:

1. prawo dostępu do danych osobowych Państwa Dziecka oraz otrzymania ich kopii,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych Państwa Dziecka,
3. prawo do usunięcia danych osobowych Państwa Dziecka, w określonych przepisami prawa przypadkach,
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych Państwa Dziecka, w określonych przepisami prawa przypadkach,
5. prawo do wniesieni skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Komu udostępniamy dane osobowe Państwa Dziecka?**

MOPS, co do zasady, nie udostępnia osobom trzecim danych osobowych Państwa Dziecka, za wyjątkiem sytuacji, w których posiada ku temu podstawę prawną, w tym na żądanie podmiotów uprawnionych, lub kiedy jest to niezbędne do realizowania zadań MOPS, np. innym administratorom obsługującym systemy teleinformatyczne MOPS.

**Jak długo przechowujemy dane osobowe Państwa Dziecka?**

MOPS przechowuje dane osobowe przez okres ustalony na podstawie przepisów archiwalnych, a w przypadku danych osobowych podanych dobrowolnie – do czasu wycofania Państwa zgody, lecz nie dłużej niż przez okres ustalony na podstawie przepisów archiwizacyjnych.

**Jak mogą się Państwo z nami skontaktować?**

MOPS wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo skontaktować listownie, na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Daszyńskiego 3, 44-300 Wodzisław Śląski lub pocztą elektroniczną, na adres: [*kancelaria@mops.wodzislaw-slaski.pl*](mailto:kancelaria@mops.wodzislaw-slaski.pl)  
w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

### **Karta oceny formalnej**

**KARTA OCENY FORMALNEJ**

Kryteria kwalifikacji rodzin do objęcia wsparciem

|  |  |
| --- | --- |
| ***Instytucja weryfikująca*** | ***Ośrodek Pomocy Społecznej w*** |
| ***Uczestnik projektu  (imię, nazwisko)*** |  |
| ***Adres*** |  |
| ***Data*** |  |
| ***Spełnienie wymogów formalnych*** | |

| ***Lp.*** | ***Podstawowe kryteria kwalifikacji***(*spełniane łącznie)* | ***Tak*** | ***Nie*** | ***Nie dotyczy*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzina mieszka w enklawie / wybranym obszarze |  |  |  |
|  | Istotnym źródłem utrzymania rodziny są świadczenia społeczne |  |  |  |
|  | W składzie rodziny znajduje się co najmniej jedna osoba w wieku aktywności zawodowej, pozostająca bez pracy lub wykonująca pracę charakteryzującą się niskimi dochodami, ograniczającą perspektywy życiowe i rozwój zawodowy |  |  |  |
|  | W rodzinie są dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa i edukacji szkolnej. |  |  |  |

| ***Lp.*** | ***Dodatkowe kryteria kwalifikacji***(*wymagane jest spełnienie co najmniej jednego kryterium)* | ***Tak*** | ***Nie*** | ***Nie dotyczy*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Problemy opiekuńczo-wychowawcze |  |  |  |
|  | Nadużywanie alkoholu przez co najmniej jednego członka rodziny |  |  |  |
|  | Przemoc domowa |  |  |  |
|  | Niepełnosprawność |  |  |  |
|  | Długotrwała choroba |  |  |  |
|  | Przestępczość |  |  |  |
|  | Rodzina niepełna |  |  |  |
|  | Brak lub niskie wykształcenie rodziców |  |  |  |
|  | Wielodzietność |  |  |  |
|  | Niskie zasoby kulturowe, deficyty kapitału społecznego i słaba aktywność społeczna |  |  |  |

**Uzasadnienie / uwagi***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………….*

*data i podpis pracownika socjalnego*

|  |  |
| --- | --- |
| *Sprawdzone przez:*  *Imię i nazwisko:*  *Stanowisko:*  *Nazwa Instytucji:*  *Podpis:* | *Zaakceptowane przez:*  *Imię i nazwisko:*  *Stanowisko:*  *Nazwa Instytucji:*  *Podpis:* |

### **Karta pracy socjalnej/środowiskowej pracy socjalnej**

**KARTA PRACY SOCJALNEJ/ŚRODOWISKOWEJ PRACY SOCJALNEJ\***

Imię i nazwisko pracownika: …………………………………..…….............................................…..

Rodzina objęta wsparciem: …………………………………...........................................................….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Opis wykonanych działań  pracownika socjalnego / specjalisty ds. sieci wsparcia | Uwagi |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………….……… |
| podpis pracownika socjalnego / specjalisty ds. sieci wsparcia |

\*zaznaczyć właściwe

### **Protokół SK/protokół ZIDR**

Miejsce......................... data.................

**PROTOKÓŁ ZE SPOTKANIA**

**ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\***

**SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\***

W sprawie:...................................................................................................

Obecni na spotkaniu:

1. .........................................................
2. .........................................................
3. .........................................................
4. .........................................................
5. .........................................................

**MONITORING DZIAŁAŃ : ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\***

**SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\***

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja / przedstawiciel | Zrealizowane działania / terminy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*właściwe zaznaczyć

Na spotkaniu poruszono oraz omówiono następujące kwestie – opis problemu:

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

\*właściwe zaznaczyć

Ustalenie planu pomocy rodzinie

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

**Podział ról i działań / zadania członków zespołu**

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja / przedstawiciel / kontakt | Działanie / data |
|  |  |

KOLEJNE SPOTKANIE

ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\*

SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\*

Ewaluacja działań / DATA

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

\*właściwe zaznaczyć

### **Karta indywidualnego projektu socjalnego/monitoring IPS**

|  |
| --- |
| **INDYWIDUALNY PROJEKT SOCJALNY** |

**1. Uczestnicy/realizatorzy projektu socjalnego**

**1.1 Członkowie rodziny realizującej projekt socjalny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwiska | Imiona | Dane adresowe | Dane kontaktowe |
| 1.  2.  3.  4.  5. |  |  |  |

**1.2. Pozostali uczestnicy/realizatorzy projektu – pracownik socjalny i inne osoby**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwiska | Imiona | Dane adresowe instytucji / organizacji. | Dane kontaktowe |
| 1.  2.  3.  4.  5. |  |  |  |

**2. Opis sytuacji rodziny / ocena diagnoza[[18]](#footnote-18)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Załączniki do opisu sytuacji rodziny */zastosowane narzędzia diagnostyczne/*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Cele projektu socjalnego**

**3.1. Cel/cele ogólny/e projektu.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przewidywany termin osiągnięcia celu/ów projektu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.2 Cele operacyjne projektu socjalnego.**

I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.3 Zadania i harmonogram ich realizacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nr celu*** | ***Nazwa zadania*** | ***Realizator zadania***  */imię i nazwisko/*  *funkcja* | ***Współpraca w realizacji zadania***  */Instytucja, imię i nazwisko, funkcja*  *zakres współpracy/* | ***Sposób realizacji zadania*** | ***Termin realizacji zadania*** | ***Koszt realizacji zadania i źródło finansowania*** | ***Przewidywany rezultat realizacji zadania*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ewaluacja projektu socjalnego – ustalenia wszystkich uczestników/realizatorów projektu socjalnego**

**- jakie narzędzia oceny będą wykorzystywane:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Projekt socjalny sporządzono w …… egzemplarzach – po 1 dla każdego uczestnika/realizatora projektu.**

**6. Podpisy uczestników/realizatorów projektu socjalnego**

**6.1. Główni uczestnicy/realizatorzy i odbiorcy projektu - klient lub klienci**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.2. Pozostali uczestnicy/realizatorzy projektu – pracownik socjalny i inne osoby**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Karta Monitoringu i ewaluacji projektu socjalnego** |

**Dotyczy Projektu socjalnego indywidualnego rodziny** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Projekt jest realizowany zgodnie z ustaleniami – nie wymaga dokonania zmian.

Projekt wymaga wprowadzenia zmian w zakresie:

1. Celów

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Zadań

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Inne

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Załączniki do karty monitoringu i ewaluacji.[[19]](#footnote-19) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data wypełnienie Karty** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpisy głównych uczestników/realizatorów i odbiorców projektu**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpisy pozostałych uczestników/realizatorów projektu**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrukcja opracowania diagnozy na potrzeby Indywidualnego Projektu Socjalnego**

Na diagnozę rodziny niezbędnej do sformułowania Indywidualnego projektu socjalnego składa się:

* Rozpoznanie sytuacji związanej z problemem
* Pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem
* Opracowanie diagnozy we współpracy z osobą/rodziną

Opis polega na zebraniu informacji w sposób umożliwiający łatwe wyciągnięcie wniosków. Na opis sytuacji składają się informacje dotyczące sytuacji życiowej osoby/rodziny:

* rodzinnej,
* zawodowej i edukacyjnej,
* mieszkaniowej,
* materialnej,
* zdrowotnej,
* opiekuńczo-wychowawczej
* funkcjonowania w środowisku
* innych kluczowych dla danej rodziny,

Za informacje niezbędne uważa się te, które pomogą w ustaleniu planu działania w celu zniwelowania sytuacji problemowej.

Diagnoza – ocena sytuacji osoby/rodziny powinna składać się z następujących elementów:

* przyczyny trudnej sytuacji życiowej oraz źródła tych przyczyn,
* mocne strony osoby/ rodziny i zasoby środowiska,
* słabe strony osoby/ rodziny oraz ograniczenia, przeszkody i bariery w środowisku.

Proponuje się następujący schemat sporządzania oceny-diagnozy

1. Ogólny opis sytuacji w poszczególnych – kluczowych obszarach funkcjonowania osoby/ rodziny.
2. Kluczowe problemy ustalone w trakcie diagnozy – oceny sytuacji i uzasadnienie diagnozy. Należy wpisać uzgodnienia z klientem na temat wybranych trudności, które będą rozwiązywane w ramach IPS. Przy wyborze należy przy tym uwzględniać szczególnie te, których zniesienie poprawi sytuację najmłodszego pokolenia i przez to przyczyni się do przerwania cyklu dziedziczenia ubóstwa w rodzinie.
3. Przyczyny trudnej sytuacji klienta i ich źródła. Należy przedstawić punkt widzenia sytuacji przez klienta. Jeśli sytuacja jest odmiennie postrzegana przez pozostałych członków ZIDR można zapisać czym różnią się ich spostrzeżenia.
4. Uprawnienia i zasoby, ograniczenia i bariery oraz możliwości rozwiązania problemu. Należy wskazać wszystkie zidentyfikowane uprawnienia i zasoby, ograniczenia i bariery oraz możliwości związane ze zdefiniowaną przez rodzinę trudnością
5. Możliwości wykorzystania posiadanych uprawnień i zasobów oraz możliwych obszarów działań odnoszących się do różnych rodzajów sytuacji oraz ograniczenia i bariery osoby/ rodziny

Diagnoza może / powinna być formułowana w oparciu o różne narzędzia, które mogą być poszerzane o kolejne wraz z pogłębianiem się wiedzy o sytuacji w rodzinie. Proponuje się zatem stosowanie wybranych narzędzi diagnostycznych– w formie kwestionariuszy zaczerpniętych z opracowanych w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”. Po ich wypełnieniu stanowią one załącznik do diagnozy – co zostaje odnotowane w odpowiedniej pozycji Druku Indywidualnego Projektu Socjalnego.

### **Narzędzia analizy sytuacji rodziny/diagnozy wstępnej i pogłębionej**

W ramach Modelu, na etapie analizy sytuacji rodzin, diagnozy wstępnej i pogłębionej, a także na etapie realizacji pracy socjalnej - rekomenduje się wykorzystanie narzędzi stworzonych w ramach projektu p.n. „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy   
i integracji społecznej”. Narzędzia te w dużej mierze uzupełniają warsztat pracy pracownika socjalnego. W ramach Modelu każde z narzędzi zarekomendowanych w standardach, ma charakter fakultatywny, a więc o wykorzystaniu danego narzędzia powinien decydować pracownik socjalny. Poniżej wykaz rekomendowanych narzędzi:

Narzędzie nr 1: Wywiad – Rozpoznanie sytuacji

Narzędzie nr 2: Diagnoza – ocena sytuacji

Narzędzie nr 3: Umowa współpracy

[Narzędzie nr 4: Karta pracy socjalnej](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/004%20Karta%20pracy%20socjalnej.pdf)

Narzędzie nr 5: Ocena realizacji Umowy współpracy

Narzędzie nr 6: Ewaluacja końcowa

Narzędzie nr 7: Wywiad z osobą pozostającą bez pracy

Narzędzie nr 8: Wywiad z osobą niepełnosprawną

Narzędzie nr 9: Wywiad z rodziną osoby niepełnosprawnej

Narzędzie nr 10: Wywiad z osobą starszą

Narzędzie nr 11: Wywiad z rodziną z dziećmi

Narzędzie nr 12: Wywiad z osobą/rodziną dotkniętą przemocą w rodzinie

Narzędzie nr 13: Wywiad ze sprawcą przemocy w rodzinie

[Narzędzie nr 14: Wywiad z osobą długotrwale chorą](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS14_2601.pdf)

[Narzędzie nr 15: Wywiad z osobą uzależnioną od alkoholu](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS15_2601.pdf)

[Narzędzie nr 16: Wywiad z osobą współuzależnioną](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS16_2601.pdf)

[Narzędzie nr 17: Arkusz Moje zasoby i możliwości](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS17_2601.pdf)

[Narzędzie nr 18: Ankieta aktywności na rynku pracy](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS18_2601.pdf)

[Narzędzie nr 19: Ankieta umiejętności poszukiwania pracy](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS19_2601.pdf)

[Narzędzie nr 20: Analiza gospodarowania czasem przez osobę pozostającą bez pracy](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS20_2601.pdf)

[Narzędzie nr 21: Ankieta umiejętności społecznych](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS21_2601.pdf)

[Narzędzie nr 22: Arkusz obserwacji kondycji psychofizycznej osoby starszej](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS22_2601.pdf)

[Narzędzie nr 23: Genogram rodziny](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS23_2601.pdf)

[Narzędzie nr 24: Ekogram rodziny](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS24_2601.pdf)

[Narzędzie nr 25: Ankieta umiejętności wychowawczych](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS25_2601.pdf)

[Narzędzie nr 26: Arkusz obserwacji dziecka małego (od 0 do 3 roku życia)](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS26_2601.pdf)

[Narzędzie nr 27: Analiza czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie wobec dziecka](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS27_2601.pdf)

[Narzędzie nr 28: Arkusz diagnostyczny przemocy w rodzinie wobec dzieci](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/NPS28_2601.pdf)

[Narzędzie nr 29: Arkusz oceny zagrożenia rozwoju dziecka](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Arkusz_NPS29.pdf)

Narzędzia w wersji elektronicznej wraz z wprowadzeniem i opisem ich stosowania są do dyspozycji na stronie Wspólnoty Roboczej Związków Organizacji Socjalnych pod adresem: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/?id=121&m=40

### **Kwestionariusz ewaluacji *ex post* realizowany po zakończeniu pracy z rodziną**

**KWESTIONARIUSZ EWALUACJI *EX POST* INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO**

**(realizowany w okresie 3 i 6 miesięcy po zakończeniu pracy z rodziną realizowanej w ramach założeń Modelu)**

**W sprawie** .....................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Opisowa ocena ewaluatora** |
|  | Czy w dłuższej perspektywie czasowej przygotowany pakiet usług był efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu? |  |
|  | Jaka jest długookresowa skuteczność działań podjętych przez instytucje, które tworzyły sieć wsparcia? |  |
|  | Jaka jest dynamika zmian motywacji członków rodzin dotkniętych problemem dziedziczonego ubóstwa w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej? |  |
|  | Które ze zrealizowanych celów działań podejmowanych w ramach Modelu zostały utrzymane w dłuższej perspektywie czasowej? |  |
|  | Które ze zrealizowanych celów działań podejmowanych w ramach Modelu nie zostały utrzymane w dłuższej perspektywie czasowej? |  |
|  | Czy rodzina wymaga dalszego wsparcia instytucjonalnego?   * Ewentualnie: Jakie instytucje powinny świadczyć wsparcie na rzecz rodziny w przyszłości? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Ocena ewaluatora** |
|  | Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli i utrzymali pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinie objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły i utrzymały pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych. |  |
|  | Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową. |  |
|  | Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Ocena**  **(wg algorytmu: suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny. (Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)**  **Model:**  **uśredniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby X)/liczba członków rodziny** |
|  | Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |
|  | Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |
|  | Uśredniona ocena motywacji do wzięcia udziału w kolejnych etapach realizacji Modelu członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |
|  | Uśredniona ocena dostępu do informacji dotyczących działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |
|  | Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |
|  | Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. |  |

Czy osoba/rodzina wymaga kolejnego wsparcia świadczonego w ramach założeń Modelu?

TAK/NIE

Propozycje dalszych działań instytucjonalnych

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sporządził/a

……………………………………………………………………………….

Data …………………………………………

### **Kwestionariusz ewaluacji *ex ante* Modelu na terenie gminy**

**WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI *EX ANTE* – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Opisowa ocena ewaluatora** |
|  | Czy na terenie objętym programem wsparcia realizowanym wg założeń Modelu funkcjonują instytucje potencjalnie mogące wejść w skład sieci wsparcia?  Jakiego rodzaju/typu są to instytucje?  W jakich obszarach funkcjonują (np. socjalizacja dzieci i młodzieży, kultura fizyczna, aktywizacja seniorów itp.). |  |
|  | Czy istnieją możliwości formalno-organizacyjne umożliwiające włączenie instytucji funkcjonujących poza systemem pomocy społecznej w skład sieci wsparcia?  Jakie są bariery utrudniające tworzenie sieci wsparcia? |  |
|  | Jaki jest potencjał kadrowy Ośrodka Pomocy Społecznej w kontekście wdrażania zmian wynikających z założeń Modelu?  (liczba pracowników socjalnych realizujących działania wynikające z założeń Modelu i ich kompetencje) |  |
|  | Jaki jest poziom motywacji pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej funkcjonującego na terenie gminy (różnego szczebla) w odniesieniu do działań związanych z wdrażaniem Modelu?  (Jaka jest gotowość akceptacji zmian dotyczących systemu pracy); |  |
|  | Jakie bariery strukturalne i organizacyjne mogą utrudnić wdrażanie założeń Modelu w danym Ośrodku Pomocy Społecznej? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Ocena ewaluatora** |
|  | Odsetek rodzin, które potencjalnie mogą zostać wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu. |  |
|  | Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy potencjalnie mogą podjąć i utrzymać pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które potencjalnie mogą podjąć i utrzymać pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek instytucji potencjalnie wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia. |  |
|  | Odsetek usług potencjalnie wchodzących w skład „katalogu usług”. |  |

Ocena możliwości wdrożenia Modelu na ternie gminy: TAK/NIE

Rekomendacje dotyczące zmian ułatwiających wprowadzenie Modelu

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

Sporządził/a

……………………………………………………………………………….

Data

………………………………………………………………………

### **Kwestionariusz ewaluacji *on going* Modelu na terenie gminy**

**WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI *ON GOING* – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Opisowa ocena ewaluatora** |
|  | * Czy włączone w skład sieci wparcia instytucje realizują swoje zadania w sposób efektywny? |  |
|  | * Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej są adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?   + Jak sprawdzają się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej?   + Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?   + Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych? |  |
|  | Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu? |  |
|  | Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w ramach określonych przez założenia Modelu? |  |
|  | Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? /Jakie instytucje powinny zostać wyłączone z sieci wsparcia? |  |
|  | Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu są zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Ocena ewaluatora** |
|  | Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu. |  |
|  | Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek instytucji wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia. |  |
|  | Odsetek usług wchodzących w skład „katalogu usług”. |  |
|  | Odsetek działań realizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie. |  |

Rekomendacje dotyczące zmian ułatwiających wprowadzenie Modelu

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

Sporządził/a

……………………………………………………………………………….

Data

……………………………………………

### **Kwestionariusz ewaluacji *ex post* Modelu na terenie gminy**

**WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI *EX POST* – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Opisowa ocena ewaluatora** |
|  | * Czy włączone w skład sieci wparcia instytucje zrealizowały swoje zadania w sposób efektywny? |  |
|  | * Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej okazały się adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?   + Jak sprawdziły się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej?   + Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?   + Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych? |  |
|  | * Jaka jest efektywność działań podjętych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń Modelu? |  |
|  | Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu były zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszary ewaluacji** | **Ocena ewaluatora** |
|  | Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu. |  |
|  | Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu. |  |
|  | Odsetek instytucji, które weszły w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia. |  |
|  | Odsetek usług, które weszły w skład „katalogu usług”. |  |
|  | Odsetek działań zrealizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie. |  |

Rekomendacje dotyczące zmian usprawniających wdrażanie Modelu na terenie gminy

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

Sporządził/a

……………………………………………………………………………….

Data

……………………………………………

**Wykaz i opis metod rekomendowanych w Modelu**

Omówione poniżej metody nie są rekomendowanymi, jednak nie jedynymi, które mogą być wykorzystane w pracy z rodziną zagrożoną problemem dziedziczonego ubóstwa. Pracownik socjalny pracujący w ramach Modelu może zastosować również inne metodyczne sposoby działania, które mieszczą się w paradygmacie *Case Managementu*.

**Decyzję o wyborze konkretnej metody pracy powinno poprzedzić rozważenie następujących kwestii:**

* Czy dana metoda była już wykorzystywana w pracy z konkretną rodziną? Na ile była skuteczna?
* Czy dzięki proponowanej metodzie możliwe jest udzielenie skutecznego wsparcia wszystkim członkom rodziny, w szczególności dzieciom i młodzieży?
* Na ile dana metoda ma szansę wzmocnić motywację rodziny i jej członków do pozytywnej zmiany ich sytuacji?
* Czy dana metoda zakłada aktywny udział członków rodziny w kształtowaniu ścieżki wsparcia?
* Czy proponowana metoda wykorzystuje zasadę empowerment?
* Jak kosztochłonne jest wdrożenie danej metody (w relacji koszt – rezultat)?
* Czy możliwe jest wdrożenie proponowanej metody przy wykorzystaniu dostępnej sieci wsparcia?

Pracownicy socjalni zgłaszający gotowość do realizacji działań w ramach Modelu powinni zostać przeszkoleni w zakresie realizacji pracy socjalnej przy wykorzystaniu wskazanych poniżej metod.

### **Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (PSR)**

PSR jest jednym ze sposobów pracy z rodziną, mieszczących się w konwencji opartej na zasobach.

Podejście to zakłada działanie zgodnie z poniższymi zasadami.

1. Mimo życiowych zmagań, wszyscy ludzie posiadają mocne strony, które mogą być wykorzystane w celu poprawy jakości swojego życia. Terapeuci powinni szanować ten potencjał i kierunki, w których klienci chcieliby podążać.
2. Motywację klienta zwiększa się poprzez stały nacisk na jego mocne strony, zgodnie   
   z tym, jak klient je postrzega.
3. Odkrywanie mocnych stron wymaga wspólnego zaangażowania klienta i osób pomagających, przy czym nie należy zakładać, że wiedzą z góry, co jest potrzebne do polepszenia życia klienta.
4. Koncentracja na mocnych stronach odsuwa od osób pomagających pokusę osądzania lub obwiniania klientów za trudności, w których się znaleźli, a kieruje ich ku odkrywaniu, jak klientom udało się przeżyć w tak trudnych okolicznościach.
5. Wszystkie środowiska, nawet te najbardziej patologiczne, mają w sobie zasoby[[20]](#footnote-20).

PSR koncentruje się na rozwiązaniach, zmianach i pozytywnych dostępnych możliwościach, na partycypowaniu klienta w opisywaniu celów i pożądanej przyszłości. Klient postrzegany jest przez pryzmat unikalnych talentów i mocnych stron, jakie posiada, a nie tylko problemów, które go dotykają. Przyjmuje się, że to klient jest ekspertem od swojego życia, zatem podstawą terapii są cele określone przez niego. PSR sprawdza się w terapii krótkoterminowej[[21]](#footnote-21).

W pracy z rodziną w konwencji PSR istotne jest postępowanie ukierunkowane poprzez kilka istotnych założeń:

1. Wsparcie powinno być „skrojone na miarę”, ma odpowiadać na potrzeby konkretnej rodziny. Należy zatem przyjąć, że nie ma prostych rozwiązań, które pasują do każdego.
2. Należy poszukiwać różnych rozwiązań danej sytuacji – więcej możliwości wyboru oznacza większą szansę na znalezienie takiego, które będzie skuteczne.
3. Opór ze strony klienta jest zaproszeniem do współpracy – postawa oporu oznacza, że należy zmienić metody działania i poszukać nowych, bardziej efektywnych.
4. Nastawienie i oczekiwanie zmiany przez osobę pomagającą, tzn. jej wiara w zdolność klienta do zmiany warunkuje wynik terapii.
5. Nie należy formułować zbyt wysokich oczekiwań wobec efektów wsparcia – lepiej ukierunkować się na osiągnięcie mniejszych, za to realnych celów, w myśl zasady, że małe zmiany prowadzą do dużych zmian.
6. Pokonanie trudności i przeprowadzeni zmiany jest możliwe dzięki uruchomieniu sił   
   i zasobów, które tkwią w klientach – czując się kompetentni wykazują większą gotowość do współpracy.
7. Nie zawsze istnieje logiczny związek między określonym problemem klienta i jego rozwiązaniem – oczekiwania i potrzeby klienta co do preferowanej przyszłości nie zawsze muszą mieć związek z problemem.
8. W pracy z klientami istotne jest skoncentrowanie się na przyszłości – sięganie do przeszłości jest zredukowane do tych wyjątkowych momentów, kiedy studenci radzili sobie z danym problemem.
9. Każdy klient jest zdolny do tego, by określić i wybrać, co jest dla niego dobre i to on ostatecznie i tak postąpi w sposób, który uzna dla siebie za najlepszy[[22]](#footnote-22).

Zasady Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach omówiono szerzej   
w następujących pracach:

* J. Szczepkowski, Praca socjalna. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2010.
* I. Krasiejko, Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane   
  na Rozwiązaniach w pracy socjalnej, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2010.

### **Dialog Motywujący (DM)**

DM jest ukierunkowaną rozmową, w której prowadzący dąży do tego, aby wywołać   
u rozmówcy (klienta) motywację do zmiany i wzmocnienie jej. DM towarzyszy specyficzna atmosfera, tzw. duch dialogu motywującego, który przejawia się troską o dobro klienta, okazywaną mu akceptacją, stałą współpracą i dbałością o to, by stworzyć przestrzeń, gdzie klient wymienia powody zmiany[[23]](#footnote-23). DM jest sposobem komunikowania opartym na współpracy, w którym zwraca się szczególną uwagę na język zmiany. Zamierzeniem DM jest umocnienie osobistej motywacji i zobowiązania do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobycie   
i zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia[[24]](#footnote-24).

W pracy wykorzystującej DM obowiązują trzy podstawowe zasady:

1. Wyrażanie empatii przez zdolność odczuwania doświadczeń (np. bólu lub przyjemności) drugiej osoby, tak jak ona je przeżywa; także umiejętność usłyszenia   
   i poczucia nawet tego, czego klient nie mówi wprost; skupienie się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.
2. Rozwijanie ambiwalencji przez poszukiwanie i poznawanie wewnętrznych przekonań   
   i uczuć klienta na temat tego, jakie znaczenia ma wprowadzenie zmiany dla niego samego. W szczególności chodzi o poznawanie ważnych dla niego wartości i tego, jak postrzega siebie, wydobycie rozbieżności między jego obecnym postępowanie   
   a wartościami, które są dla niego ważne; podkreślenie tej wewnętrznej sprzeczności.
3. Wspieranie poczucia sprawczości przez podtrzymywanie wiary klienta w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie. Chodzi   
   o podkreślanie decyzji, które podejmuje (wspierania autonomii), by spełnić własne marzenia, pragnienia i osiągnąć cele wynikające z jego wartości; wzmacnianie wiary klienta w jego zdolność do spełniania własnych marzeń[[25]](#footnote-25).

Wymienione powyżej zasady odnoszą się do celów, które powinny zostać osiągnięte w trakcie DM. Są nimi:

1. Budowanie więzi.
2. Rozwiązywanie ambiwalencji.
3. Umacnianie klienta.

DM odbywa się przy wykorzystaniu kilku podstawowych pojęć[[26]](#footnote-26):

1. **Wiosła (OARS)**, którymi są:
   1. pytania otwarte,
   2. dowartościowania,
   3. odzwierciedlenia,
   4. podsumowania.

Stosowanie wioseł w sposób motywujący pozwala klientowi poczuć się wysłuchanym   
i zrozumianym na tyle, że będzie zdolny do podjęcia i kontynuowania pracy   
w kierunku zmiany.

1. **Ambiwalencja**

W DM chodzi o dotarcie z klientem do momentu, w którym jest zaalarmowany przeżywaną ambiwalencją (tym, gdzie jest w porównaniu z tym, gdzie chce być).

1. **Opór i język podtrzymania**

Opór jest związany z określonymi uczuciami i zachowaniami, które zachodzą w relacji interpersonalnej i wynikają z braku współpracy lub wzajemnych nacisków. Natomiast język podtrzymania tworzą te wypowiedzi klienta, w których podkreśla, dlaczego nie może się zmienić, dlaczego nie warto się starać albo jakie są dobre strony obecnej sytuacji. Istotą pracy z klientem jest praca z oporem i językiem podtrzymania   
– wydobycie od klienta jego własnych argumentów za tym, dlaczego warto podjąć zmianę.

1. **Język zmiany**

Zadaniem osoby prowadzącej DM jest bazowanie na tych elementach języka klienta, które wskazują na dążenie do podjęcia zmiany, jak również wzmacnianie języka zmiany.

1. **Język zobowiązania**

Język zobowiązania zwiastuje zmianę zachowania. Zadaniem prowadzącego DM jest rozpoznanie, że słyszy język zobowiązania i umocnienie klienta w zobowiązaniu, Istotne jest przy tym, że dostrzeganie języka zmiany wzmacnia język zobowiązania.

Zasady Dialogu Motywującego omówiono szerzej w następujących pracach:

* Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.
* I. Krasiejko, J.M. Jaraczewska, Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2012.

### **Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)**

KGR stanowi nowe podejście do pracy z dziećmi, młodzieżą i całą rodziną. KGR jest spotkaniem (zebraniem, naradą) jak największej liczby członków rodziny i osób bliskich emocjonalnie rodzinie w celu podjęcia próby rozwiązania problemu, jaki dotyka rodzinę. KGR bazuje na zasadzie, w myśl której to rodzina jest najważniejszą instytucją, która jest odpowiedzialna za nią samą i jej członków, dlatego też powinna podjąć samodzielną próbę zmierzenia się z problemem, co często następuje jeszcze przed ingerencją ze strony instytucji pomocowych[[27]](#footnote-27). Metoda ta ma charakter innowacyjny, wykorzystuje potencjał, jaki posiada rodzina w celu zaktywizowania jej członków do stworzenia bezpiecznego planu i podjęcia odpowiedzialności za jego wypełnianie. Oprócz członków rodziny oraz osób bliskich w KGR uczestniczą także specjaliści, tacy jak osoba zgłaszająca, koordynator oraz fachowcy, zajmujący się rozwiązywaniem konkretnych problemów, które dotykają rodzinę.

U podstaw KGR leży przekonanie, że rodzina stanowi szczególny system, a jej członkowie są połączeni więzami emocjonalnymi, stanowiącymi pewną siłę, potencjał, który powinien zostać uruchomiony w celu rozwiązania problemów, które ją dotykają. Rodzina jest więc traktowana jako ekspert w swojej sprawie. KGR w szczególności może służyć w celu rozwiązania sytuacji trudnych, w jakich znalazły się dzieci. Do najważniejszych celów KGR należy zaliczyć następujące[[28]](#footnote-28):

* wzmocnienie rodziny w zakresie samodzielnego podejmowania decyzji i działań   
  w sytuacjach problemowych;
* wyzwolenie w rodzinie refleksji na temat swoich mocnych i słabych stron oraz zmiany sytuacji przy wykorzystaniu swoich zasobów;
* stworzenie szerokiej sieci wsparcia dla rodziny z problemem poprzez zaangażowanie jak największej liczby członków rodziny, zarówno tych znaczących jak i mniej ważnych;
* angażowanie członków rodziny w proces konstruowania planu pomocowego poprzez podniesienie ich motywacji i uwzględnienie aktualnych możliwości systemu;
* wskazanie w rodzinie pozytywnych aspektów jej funkcjonowania i zasobów poszczególnych członków w celu konstruktywnego rozwiązania problemu;
* realizacja celów i zamierzeń stanowiących odpowiedź na potrzeby rodziny   
  i wymagania systemu;
* unikanie przez rodzinę angażowania w jej problemy innych podmiotów i instytucji, np. sądów i restrykcyjnego rozwiązywania problemów np. poprzez umieszczenie dzieci   
  w ośrodkach opiekuńczo – wychowawczych.

W pracy z wykorzystaniem metody KGR można wyróżnić cztery zasadnicze etapy:[[29]](#footnote-29)

1. **Zgłoszenie rodziny**

Etap ten obejmuje wstępne zakwalifikowanie rodziny znajdującej się w sytuacji problemowej do KGR, wyrażenie przez rodzinę zgody na udział w KGR oraz przydzielenie jej koordynatora.

1. **Przygotowanie konferencji**

Na tym etapie rodzina przy wsparciu koordynatora przygotowuje spotkanie, m.in. ustala listę uczestników, miejsce, godzinę spotkania. Etap ten obejmuje także działania wszystkich członków KGR związane z ich przygotowaniem się do spotkania. Ta część pracy metodą KGR jest najdłuższa i najważniejsza.

1. **Spotkanie rodziny (konferencja rodzinna)**

Podczas spotkania zaprezentowany zostaje problem rodziny. Koordynator albo osoba zgłaszająca, prezentuje mocne strony rodziny, jak również zagrożenia dla jej funkcjonowania. Na tym etapie możliwe jest zadawanie dodatkowych pytań osobie odpowiedzialnej za rodzinę z ramienia systemy pomocy. W ramach spotkania przewiduje się także czas, w którym rodzina pozostaje sama w pomieszczeniu,   
w którym odbywa się konferencja. W tym czasie członkowie rodziny rozważają uzyskane informacje, poszukują optymalnych rozwiązań i w efekcie sporządzają plan rozwiązania problemu. Po tym następuje zaakceptowanie planu stworzonego przez rodzinę. Odrzucenie przez koordynatora planu może dotyczyć jedynie sytuacji związanych z brakiem zabezpieczenia podstawowych interesów dziecka. Rezultatem spotkania jest podpisanie planu działania.

1. **Wypełniania postanowień i kontrola poczynań rodziny ze strony systemu pomocy.**

Na tym etapie koordynator ustępuje miejsca osobie zgłaszającej, której zadaniem jest kontrolowanie realizacji planu. Istotne jest, że funkcję kontrolną pełni również sama rodzina, pilnując realizacji swoich zobowiązań. Przedstawiciel rodziny zdaje relacje   
o postępach z wypełniania planu działania, może zaproponować ponowne zorganizowanie KGR.

Zasady Konferencji Grupy Rodzinnej omówiono szerzej w pracy:

* J. Przeperski, Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej   
  z rodziną, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015.

# **Bibliografia**

Andrew R., *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, w: *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.

Ciczkowska-Giedziun M., *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011.

De Jong P., Berg I.K., *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007.

*Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*,   
red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.

Krasiejko I., Jaraczewska J.M., *Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2012.

Krasiejko I., *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2010.

Przeperski J., *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną,* Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015.

Przeperski J., *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

Szczepkowski J., *Praca socjalna. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2010.

Zawadzki P., *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży   
w rodzinie*, dostęp online: [http://zalaczniki.ops.pl/patryk\_zawadzki\_tekst\_kgr.pdf, data wejścia: 15.09.2017.

# **Spis schematów**

[Schemat 1.Etapy wdrażania Modelu pracy z rodzina dotkniętą problemem dziedziczonego ubóstwa **/26**](#_Toc508827115)

[Schemat 2. Tworzenie lokalnej sieci wsparcia **/48**](#_Toc508827116)

[Schemat 3. Zadaniowy czas pracy pracownika socjalnego **/49**](#_Toc508827117)

[Schemat 4. Etapy metodycznego działania (ścieżka wsparcia rodzin w Modelu) **/74**](#_Toc508827118)

# **Spis tabel**

[Tabela 1. Rekomendowane zakresy zadań pracowników realizujących zadania w ramach Modelu z ramienia instytucji wdrażającej **/51**](#_Toc508827129)

[Tabela 2. Warunki zastosowania Modelu w praktyce **/145**](#_Toc508827130)

1. Wytyczne opracowane przez zespoły eksperckie w latach 2011-2014 w ramach Projektu 1.18 „Tworzenie   
   i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”. [↑](#footnote-ref-1)
2. A. Smrokowska-Reichman, Z*arządzanie przypadkiem…*, s. 36. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tamże, s. 28-29. [↑](#footnote-ref-3)
4. P. De Jong, I.K. Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s. 23. [↑](#footnote-ref-4)
5. M. Ciczkowska-Giedziun, *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011, s. 219. [↑](#footnote-ref-5)
6. Tamże, s. 220. [↑](#footnote-ref-6)
7. S. R. Andrew, *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, w: *Dialog Motywujący. Praca   
   z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015, s. 73. [↑](#footnote-ref-7)
8. W. R. Miller, S. Rolnick za: S. R. Andrew, *Dialog*…, s. 74. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tamże, s. 75-76. [↑](#footnote-ref-9)
10. Tamże, s. 76-95. [↑](#footnote-ref-10)
11. J. Przeperski, *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. [↑](#footnote-ref-11)
12. P. Zawadzki, *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży w rodzinie*, dostęp online: http://zalaczniki.ops.pl/patryk\_zawadzki\_tekst\_kgr.pdf, data wejścia: 15.09.2017. [↑](#footnote-ref-12)
13. J. Przeperski, *Praca z rodziną*…, s. 1. [↑](#footnote-ref-13)
14. *Model środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej,* praca zbiorowa, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-14)
15. Tamże. [↑](#footnote-ref-15)
16. „Model środowiskowej pracy socjalnej / organizowania społeczności lokalnej”, Instytut Spraw Publicznych, Stowarzyszenie CAL, Warszawa 2014. Publikacja powstała w ramach projektu systemowego 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standard ów usług pomocy i integracji społecznej” [↑](#footnote-ref-16)
17. Klasyfikacja za: ibidem. [↑](#footnote-ref-17)
18. Bazowy schemat sporządzenia opisu sytuacji rodziny oraz oceny / diagnozy sytuacji rodziny zawarty jest w załączonej „Instrukcji opracowania diagnozy na potrzeby Indywidualnego Projektu Socjalnego”. [↑](#footnote-ref-18)
19. W przypadku zmiany celów i zadań konieczne jest ponowne wypełnienie tabeli 3.3. [↑](#footnote-ref-19)
20. P. De Jong, I.K. Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s. 23. [↑](#footnote-ref-20)
21. M. Ciczkowska-Giedziun, *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011, s. 219. [↑](#footnote-ref-21)
22. Tamże, s. 220. [↑](#footnote-ref-22)
23. S. R. Andrew, *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, w: *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015, s. 73. [↑](#footnote-ref-23)
24. W. R. Miller, S. Rolnick za: S. R. Andrew, Dialog…, s. 74. [↑](#footnote-ref-24)
25. Tamże, s. 75-76. [↑](#footnote-ref-25)
26. Tamże, s. 76-95. [↑](#footnote-ref-26)
27. J. Przeperski, *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. [↑](#footnote-ref-27)
28. P. Zawadzki, *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży w rodzinie*, dostęp online: http://zalaczniki.ops.pl/patryk\_zawadzki\_tekst\_kgr.pdf, data wejścia: 15.09.2017. [↑](#footnote-ref-28)
29. J. Przeperski, *Praca z rodziną*…, s. 1. [↑](#footnote-ref-29)