

Regulamin „Poradni u Asystentów Zdrowienia” Fundacji eKropka

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Poradnia u Asystentów Zdrowienia Fundacji eKropka (zwana dalej: „Poradnią”) udziela bezpłatnej pomocy i wsparcia osobom po kryzysach psychicznych i ich rodzinom.
2. Pomoc i wsparcie udzielane są w formie: konsultacji indywidualnych, poradnictwa, warsztatów psychoedukacyjnych oraz grup wsparcia.
3. Pomoc świadczona jest przez Asystentów Zdrowienia posiadających umiejętności i przygotowanie zawodowe niezbędne do oferowanych usług, przy wsparciu profesjonalistów.

§ 2.

1. Poradnia działa w siedzibie Fundacji eKropka
2. Siedziba Poradni znajduje się przy ul. Ożarowskiej 61 lok. U4, w Warszawie (01-416)
3. Pracą Poradni kieruje kierownik powołany przez zarząd Fundacji.

§ 3.

1. Celem podejmowanych przez Poradnię czynności jest wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychicznej, osób z niepełnosprawnościami, oraz ich rodzin i bliskich.
2. Udzielanie w ramach Poradni pomocy odbywa się według najlepszej woli i wiedzy, z należytą uczciwością, sumiennością
3. Nadrzędną zasadą świadczenia pomocy i wsparcia w Poradni jest poufność i ochrona wszystkich uzyskanych przez Poradnię danych i informacji.

§ 4.

1. Regulamin Poradni obowiązuje wszystkich pracowników zatrudnionych w Poradni, osoby odbywające staże i praktyki, oraz osoby korzystające z pomocy i wsparcia.
2. Nadzór nad przestrzeganiem postanowień niniejszego Regulaminu sprawuje kierownik Poradni.

Rozdział II. Organizacja działania Poradni

§ 5.

1. Poradnia działa od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Poradnia świadczy pomoc i wsparcie według aktualnego grafiku pracy, ustalonego przez kierownika i podanego do wiadomości na stronie internetowej Poradni.

3. Osoby potrzebujące mają możliwość korzystania z usług Poradni w wyznaczonych godzinach. W szczególnych przypadkach decyzję w sprawie udzielenia pomocy, w innych niż ustalone w grafiku terminach, podejmuje kierownik Poradni.

§ 6.

1. Skorzystanie z usług Poradni następuje wyłącznie po uprzednim zarejestrowaniu się, tj. ustaleniu daty i godziny spotkania:

- 1) telefonicznie, pod numerem telefonu 787232083
- 2) elektronicznie poprzez e-mail: poradnia@ef.org.pl
- 3) osobiście w siedzibie Poradni

2. Rejestracja osobista i telefoniczna możliwa jest od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00-18:00

3. Osoba potrzebująca przed wizytą i skorzystaniem z pomocy:

- 1) podaje następujące dane wpisywane do Karty klienta: imię i nazwisko, kontakt (numer telefonu lub/i mail) oraz numer telefonu osoby upoważnionej do uzyskania informacji z Karty klienta (nieobowiązkowe)
- 3) podpisuje oświadczenie o zapoznaniu się Regulaminem Poradni i wyrażeniu zgody na pomoc,
- 4) podpisuje oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celach związanych z udzielaną pomocą.

4. Wzór Karty klienta zawiera Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, wzór oświadczeń zawiera Załącznik nr 2.

Rozdział III. Zasady świadczenia pomocy i wsparcia

§ 7.

1. Pracownicy Poradni zobowiązani są działać na korzyść osoby zgłaszającej się po pomoc, udzielać im wszelkich niezbędnych informacji o placówkach pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.

2. Poradnia prowadzi dokumentację świadczonej pomocy w postaci notatek sporządzanych w Karcie klienta.

3. Wszystkie dane i informacje uzyskane w związku ze świadczoną pomocą oraz dokumentacja z tym związana, objęte są tajemnicą.

4. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia klienta korzystającego z pomocy, pracownicy Poradni informują o tym odpowiednie instytucje.

§ 8.

1. Pomoc nie będzie udzielona:

- 1) osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych,
- 2) osobom agresywnym i stwarzającym zagrożenie dla bezpieczeństwa osób przebywających w Poradni.

KARTA KLIENTA

nr karty

Imię i nazwisko

Kontakt (tel./e-mail).....

Informacje z formularza zgłoszeniowego:

Data zgłoszenia / jak	Kto się zgłosił (sam / rodzina)	Wnioski z zebrania zespołu /data	Uwagi

Data wizyty :

Asystent Zdrowienia

Zgoda na kontakt z osobą upoważnioną:

Podpis

1. **Oświadczam**, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Poradni Fundacji eKropka i wyrażam zgodę na świadczenie pomocy.

Warszawa, dn..... ,

czytelny podpis

.....

2. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie i dla potrzeb niezbędnych do świadczenia pomocy (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 922 ze zm.)

Warszawa, dn..... ,

czytelny podpis

.....