

5) Perioada prestării de servicii beneficiarului în cadrul Serviciului (în continuare – prestarea serviciilor) se stabilește de echipa multidisciplinară de specialiști, în funcție de necesitățile de îngrijire și suport special ale beneficiarului, precum și de necesitățile de consiliere și instruire a persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestuia. Termenul maxim de prestare a serviciilor către beneficiar constituie un an.

Capitolul II

Principiile de organizare, scopul și obiectivele Serviciului

- 6) Serviciul va fi creat și implementat în conformitate cu următoarele **principii**:
1. principiul respectului necondiționat al demnității și integrității personale;
 2. principiul prestării serviciilor doar în folosul beneficiarului;
 3. principiul abordării multidisciplinare în procesul de îngrijire și în realizarea incluziunii sociale a persoanei cu dizabilități;
 4. principiul promovării rolurilor sociale valorizate și a imaginii pozitive a persoanelor cu dizabilități;
 5. principiul legăturii indispensabile cu familia, rețeaua socială și comunitatea;
 6. principiul incluziunii comunitare și reintegrării familiale;
 7. principiul participării beneficiarului sau a reprezentantului legal al acestuia în procesul de planificare și prestare a serviciilor;
 8. principiul adaptării Serviciului la necesitățile individuale ale beneficiarului;
 9. principiul asigurării confidențialității datelor cu caracter personal ale beneficiarului, obținute în procesul de prestare a serviciilor;
 10. principiul planificării activității Serviciului centrat pe persoană;
 11. principiul parteneriatului public-privat în dezvoltarea Serviciului;
 12. principiul transparenței și deschiderii spre comunitate;
 13. principiul durabilității și continuității Serviciului.
- 7) **Scopul** Serviciului este îmbunătățirea calității vieții beneficiarului prin servicii de consiliere, recuperare și reabilitarea psihosocială, în vederea creșterii gradului de autonomie personală, de prevenire a instituționalizării și incluziune socială.
- 8) **Obiectivele** Serviciului sînt următoarele:
1. dezvoltarea abilităților beneficiarilor pentru o viață independentă în comunitate;
 2. dezvoltarea abilităților de îngrijire și suport acordat persoanelor implicate în procesul de incluziune socială a beneficiarului;
 3. asigurarea socializării beneficiarilor, dezvoltarea relațiilor cu comunitatea și accesul la resursele și serviciile existente în comunitate.

Capitolul III

Secțiunea 1

Competențele și drepturile prestatorului de serviciu

9) Pornind de la modul de organizare și funcționare a Serviciului, **prestatorul de serviciu realizează următoarele competențe:**

1. prestează servicii în conformitate cu prezentul Regulament și Standardele minime de calitate, potrivit prevederilor legislației în vigoare;
2. utilizează procedura privind admiterea, suspendarea și încetarea prestării serviciilor către beneficiar în baza deciziei echipei multidisciplinare de specialiști;
3. asigură asistență, suport, integrare și reabilitare psihosocială beneficiarului de servicii în cadrul Serviciului (în continuare – beneficiarul Serviciului);
4. asigură consiliere și asistență familiei și altor persoane implicate în procesul de incluziune a beneficiarului;
5. asigură baza materială și unitățile de personal ale Serviciului, conform Standardelor minime de calitate, în funcție de numărul de beneficiari ai acestuia, însă nu mai mult de 25 beneficiari lunar;
6. asigură evidența contabilă a Serviciului;
7. asigură beneficiarilor și persoanelor implicate în îngrijirea și incluziunea socială a acestora asistență în cunoașterea și exercitarea drepturilor și obligațiilor lor, ce decurg din starea de sănătate a beneficiarului;
8. asigură un sistem de primire, înregistrare și soluționare a plîngerilor cu privire la serviciile oferite în cadrul Serviciului, în conformitate cu legislația în vigoare;
9. colaborează permanent cu profesioniștii, autoritățile administrației publice locale și alți prestatori de servicii pentru incluziunea socială a beneficiarilor și accesul lor la alte servicii din comunitate;
10. asigură informarea societății cu privire la activitatea Serviciului.

10) Prestatorul de serviciu este în drept:

1. să colaboreze cu profesioniști și să stabilească parteneriate cu autoritățile administrației publice locale, asociații obștești, instituții, organizații și agenți economici, în scopul realizării competențelor sale, în conformitate cu legislația în vigoare;
2. să solicite și să primească, în condițiile legii, de la autoritățile administrației publice centrale și locale, instituții și organizații documente, materiale și informații necesare pentru exercitarea atribuțiilor sale;
3. să acceseze mijloace financiare de la organizații donatoare și să le folosească în scopul realizării competențelor sale, în conformitate cu legislația în vigoare;

11) Prestatorul de serviciu poate avea și alte drepturi, în conformitate cu legislația în vigoare.

Secțiunea a 2-a
Personalul din cadrul Serviciului implicat în
prestarea serviciilor

12) Prestatorul de serviciu asigură funcționarea Serviciului, în conformitate cu atribuțiile și competențele acestuia.

13) Structura, statele de funcții și fișele de post ale personalului Serviciului sînt aprobate de prestatorul de serviciu, în conformitate cu scopul și obiectivele acestuia, manualul operațional al Serviciului, precum și cu prevederile legislației în vigoare.

14) Asistența și suportul beneficiarilor Serviciului sînt efectuate de către managerul de caz, specialiștii Serviciului, asistentul social comunitar și alt personal specializat din comunitate, după caz, în conformitate cu planul individual de asistență și Standardele minime de calitate.

15) Prestatorul de serviciu angajează personalul în baza contractului individual de muncă sau contractului de prestări servicii, după caz.

16) Structura teritorială de asistență socială efectuează supervizarea activității Șefului Serviciului și a personalului Serviciului, conform prevederilor Managementului de caz.

17) Structura teritorială de asistență socială are obligația de a promova, de a facilita și de a asigura formarea profesională inițială și continuă cu privire la asistența și suportul beneficiarilor de servicii din cadrul Serviciului (în continuare – admiși în Serviciu), precum și cu problemele ce țin de legislația în domeniu, destinate Șefului și personalului Serviciului.

18) Formarea profesională va fi organizată în baza curriculumului unificat, aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova pentru dezvoltarea competențelor profesionale teoretice și practice și învățarea metodelor și tehnicilor noi de lucru cu beneficiarii Serviciului.

19) Personalul Serviciului are obligația să aibă o atitudine atentă în relațiile cu beneficiarul și persoanele implicate în procesul de incluziune a acestuia, precum și să-și exercite cu operativitate și eficiență atribuțiile stabilite prin fișa de post.

Secțiunea a 3-a
Competențele personalului din cadrul
Serviciului implicat în prestarea serviciilor

20) Echipa multidisciplinară de specialiști referă cazul beneficiarului pe perioada prestării serviciilor către Serviciul Echipă Mobilă.

21) **Șeful serviciului** este responsabil de:

1. conducerea și monitorizarea zilnică a activității specialiștilor din cadrul Serviciului;
2. planificarea și organizarea administrării tuturor resurselor financiare și materiale ale Serviciului și de funcționarea acestuia în concordanță cu Standardele minime de calitate;
3. ținerea și actualizarea evidenței beneficiarilor Serviciului;
4. înregistrarea într-un registru a intervențiilor privind fiecare beneficiar;

5. organizarea instruirii persoanelor implicate în procesul de incluziune a beneficiarului referitor la asistența și îngrijirea acestuia, precum și integrarea acestuia în societate;
 6. asistența acordată beneficiarului pentru a accesa și valorifica resursele și facilitățile comunității;
 7. crearea unor grupuri de suport pentru beneficiar la nivel de comunitate;
 8. organizarea activității personalului din cadrul Serviciului care prestează servicii, conform fișelor postului;
 9. asigurarea colaborării personalului Serviciului cu alți specialiști, alte instituții, organizații sau alte grupuri de suport comunitar în asistența și suportul special al beneficiarului;
 10. prezentarea informațiilor, formularelor și rapoartelor privind activitatea specialiștilor Serviciului, precum și starea și situația beneficiarilor admiși în Serviciu;
 11. identificarea resurselor suplimentare pentru activitatea Serviciului.
- 22) În activitatea sa, Șeful serviciului se călăuzește de actele normative și legislative în vigoare, dispozițiile autorităților administrației publice centrale și locale, de prezentul Regulament și Standardele minime de calitate.

23) **Asistentul social al Serviciului** este responsabil de:

1. elaborarea și implementarea, conform prezentului Regulament a planului individualizat de asistență al beneficiarului;
2. satisfacerea necesităților de asistență și suport a beneficiarului;
3. asistența beneficiarului pentru a accesa și valorifica resursele și facilitățile comunității;
4. crearea de grupuri de suport pentru beneficiar la nivel de comunitate;
5. informarea beneficiarului și a familiei acestuia cu privire la drepturile sociale și serviciile sociale disponibile în teritoriu;
6. instruirea inițială a persoanelor implicate în procesul de incluziune a beneficiarului Serviciului referitor la asistența și îngrijirea acestuia și includerea lui în societate;
7. sprijinul și asistența pentru rezolvarea unor situații de criză a beneficiarului;
8. referirea beneficiarului către alte servicii;
9. prezentarea rapoartelor de activitate.

24) **Psihologul Serviciului** este responsabil de:

1. înregistrarea într-un registru a intervențiilor privind fiecare beneficiar;
2. depistarea situațiilor conflictuale generate de prezența beneficiarului în familie și de constrângerile impuse de starea de sănătate a beneficiarului;
3. organizarea activităților de consiliere a familiei pentru reducerea riscului de abandon și instituționalizare și implicarea familiei în programul de recuperare;
4. optimizarea și armonizarea relațiilor dintre beneficiar și familia acestuia, precum și a relațiilor acestuia cu comunitatea;

5. efectuarea observațiilor psihologice asupra mediului social și familial al beneficiarului Serviciului;
6. elaborarea testelor, chestionarelor pentru beneficiar și familia acestuia, precum și pentru alte persoane implicate în procesul de incluziune a beneficiarului.

25) **Kinetoterapeutul Serviciului** este responsabil de:

1. înregistrarea într-un registru a intervențiilor privind fiecare beneficiar;
2. evaluarea medicală a beneficiarului Serviciului și acordarea asistenței medicale de recuperare a acestuia la domiciliu;
3. prestarea serviciilor de kinetoterapie;
4. pregătirea persoanelor implicate în procesul de incluziune a beneficiarului pentru a însuși tehnicile specifice intervențiilor de recuperare și desfășurarea activităților de familiarizare a acestora cu metodele de îngrijire.

26) În vederea realizării competențelor funcționale ale Serviciului, șeful Serviciului implică și alt personal în prestarea serviciilor, în funcție de necesitățile beneficiarilor.

Capitolul IV Organizarea și funcționarea Serviciului

Secțiunea 1 Admiterea beneficiarului în Serviciu

27) Persoana care se consideră eligibilă pentru prestarea serviciilor în cadrul Serviciului sau reprezentantul legal al acesteia depune o cerere scrisă la șeful Direcției asistență socială și protecție a familiei, în a cărei rază teritorială se afla domiciliul, reședința sau se găsește acesta.

28) Cererea de admitere a beneficiarului în Serviciu este însoțită de următoarele documente:

- 1) copia de pe documentele de identitate;
- 2) copia certificatului de dizabilitate;
- 3) extrasul din fișa medicală de ambulator sau de staționar (Formularul nr. 027/e);
- 4) hotărârea judecătorească cu privire la instituirea măsurii de ocrotire judiciară sub formă de tutelă, după caz.
- 5) decizia de instituire a tutelei (după caz).

29) În cazul în care dosarul este incomplet, asistentul social comunitar sau asistent social din cadrul serviciului, după caz, cere solicitantului ori reprezentantului legal al acestuia, care a înregistrat cererea, completarea dosarului cu documentele necesare, în conformitate cu anexa nr. 1 la prezentul Regulament, și îl transmite echipei multidisciplinare de specialiști.

- 30) Asistentul social comunitar / asistent social din cadrul serviciului:
 1. efectuează, în comun cu specialiștii de referință o evaluare inițială a solicitantului în termen de 10 zile de la data înregistrării cererii acestuia în vederea solicitării de servicii sociale;
 2. întocmește un raport de evaluare inițială și coordonează cazul cu specialiștii din cadrul structurii teritoriale de asistență socială;
 3. efectuează o evaluare complexă a solicitantului pentru a stabili necesitatea prestării serviciilor în termen de cel mult 10 zile de la data preluării cazului pentru efectuarea evaluării complexe;
 4. completează formularul unificat de evaluare complexă a solicitantului, care include concluziile echipei multidisciplinare de specialiști, formulate în urma evaluării complexe, cu recomandări privind prestarea de servicii solicitantului.
- 31) Echipa multidisciplinară de specialiști analizează, în cadrul ședinței, în termen de 3 zile lucrătoare de la finalizarea evaluării complexe, admiterea solicitantului la servicii prestate în cadrul Serviciului în baza criteriilor de admitere, specificate în anexa nr. 2 la prezentul Regulament.
- 32) În urma evaluării complexe a solicitantului de servicii în cadrul Serviciului, asistentul social din cadrul serviciului convoacă ședința comună a echipei multidisciplinare de specialiști și a specialiștilor Serviciului, în cadrul căreia se elaborează planul individualizat de asistență al beneficiarului, care se anexează la dosarul personal al acestuia, în conformitate cu anexa nr.1 la prezentul Regulament. Asistentul social implică în acest proces beneficiarul Serviciului, reprezentantul legal al acestuia și persoanele implicate în procesul de incluziune, după caz.
- 33) **Echipa multidisciplinară de specialiști decide admiterea solicitantului în Serviciu în cazul în care:**
 1. aceasta îndeplinește cumulativ criteriile de admitere a beneficiarilor în Serviciu, prevăzute în anexa nr. 2 la prezentul Regulament;
 2. formularul unificat de evaluare complexă a solicitantului a atestat concordanța necesităților sale individuale de asistență și suport cu specificul Serviciului.
- 34) Echipa multidisciplinară de specialiști refuză admiterea solicitantului în cazul în care acesta nu cumulează criteriile de admitere în Serviciu.
- 35) Echipa multidisciplinară de specialiști comunică în scris despre acceptul sau refuzul său motivat de a admite solicitantul în Serviciu în termen de 3 zile lucrătoare de la ședința comună stipulată la punctul 31 al prezentului Regulament.
- 36) Odată cu admiterea solicitantului în Serviciu, în condițiile prezentului Regulament, Șeful serviciului introduce în registrul de evidență a beneficiarilor Serviciului următoarele informații:
 1. datele de identitate ale beneficiarului admis;
 2. problema în legătură cu care a fost solicitată prestarea serviciilor;
 3. perioada aprobată de prestare a serviciilor.

- 37) Managerul de caz prezintă datele cu referire la admiterea beneficiarului în Serviciu Specialistului în problemele persoanelor în etate și cu dizabilități Beneficiarul ori reprezentantul său legal și managerul de caz semnează un acord de colaborare și prestare a serviciului în baza planului individualizat de asistență.
- 38) Acordul de colaborare semnat cu beneficiarul sau reprezentantul legal al acestuia precizează:
1. obiectivele planului individualizat de asistență;
 2. data începerii și sistării prestării de servicii beneficiarului;
 3. drepturile și responsabilitățile beneficiarului ori ale reprezentantului legal al acestuia și ale managerului de caz privind implementarea planului individualizat de asistență;
 4. cauzele care pot determina suspendarea ori încetarea prestării de servicii beneficiarului;
 5. obligația managerului de caz de a informa în scris beneficiarul sau reprezentantul legal al acestuia cu privire la motivele suspendării sau încetării prestării de servicii în cadrul Serviciului;
 6. persoana de referință care va relata managerului de caz despre situația beneficiarului după încetarea sau suspendarea prestării de servicii.

Secțiunea a 2-a **Drepturile și obligațiile beneficiarului admis în Serviciu**

- 39) Promovarea și respectarea drepturilor beneficiarilor Serviciului revine în principal managerului de caz și personalului Serviciului, autorităților administrației publice locale de ambele niveluri în teritoriul cărora este plasat beneficiarul.
- 40) Beneficiarul Serviciului ori reprezentantul său legal, după caz, are dreptul:
1. de a fi informat asupra drepturilor și obligațiilor beneficiarului Serviciului și de a fi consultat cu privire la toate deciziile care se referă la beneficiar;
 2. de a consimți, prin acord de colaborare, asupra serviciilor asigurate de prestatorul de serviciu;
 3. de a fi informat cu privire la toate activitățile desfășurate de prestatorul de serviciu la domiciliul beneficiarului;
 4. de a aplica, în condițiile Legii nr. 190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare sau a Legii contenciosului administrativ nr.793-XIV din 10 februarie 2000, după caz, procedura privind înregistrarea și rezolvarea plîngerilor privind serviciile prestate;
 5. de a fi asistat și sprijinit de personalul Serviciului în dezvoltarea lui, în conformitate cu particularitățile de vîrstă și individuale, precum și la dobîndirea deprinderilor necesare creșterii autonomiei sale;
 6. de a fi sprijinit de personalul Serviciului pentru a se integra social;
 7. de a i se păstra și utiliza datele cu caracter personal în siguranță și confidențialitate;

8. de a cere suspendarea sau încetarea prestării serviciilor.
- 41) Beneficiarul Serviciului și reprezentantul său legal, după caz, precum și persoanele implicate în procesul de incluziune a acestuia, au următoarele obligații:
1. să comunice Șefului Serviciului, în termen de 2 zile lucrătoare de la luarea la cunoștință, despre orice eveniment de natură să conducă la modificarea, suspendarea sau încetarea dreptului de a fi admis în Serviciu;
 2. să se prezinte și să participe, la solicitarea Șefului Serviciului, la ședințe pentru întocmirea și revizuirea planului individualizat de asistență;
 3. să colaboreze cu Șeful serviciului și specialiștii care au ca scop recuperarea, reabilitarea, educația și integrarea socială a beneficiarului;
 4. să respecte termenele acordului de colaborare semnat cu managerul de caz.

Secțiunea a 3-a **Revizuirea planului individualizat de asistență** **al beneficiarului**

- 42) Managerul de caz revizuieste planul individualizat de asistență al beneficiarului:
- 1) după prima lună de admitere;
 - 2) la trei luni de la admitere;
 - 3) în caz de necesitate, dar nu mai rar de o dată la 6 luni.
- 43) În procesul de revizuire a planului individualizat de asistență, precum și la ședințele de revizuire, este implicată echipa multidisciplinară de specialiști, beneficiarul și/sau reprezentantul său legal, persoanele antrenate în procesul de incluziune a acestuia .
- 44) Planul individualizat revizuit de asistență al beneficiarului include concluziile sau recomandările rezultate în urma revizuirii acestuia, care se notifică în scris tuturor persoanelor interesate, inclusiv beneficiarului într-o formă accesibilă ori reprezentantului său legal, precum și persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestuia, după caz.

Secțiunea a 4-a **Monitorizarea și evaluarea serviciilor** **prestate în cadrul Serviciului**

- 45) Managerul de caz monitorizează serviciile prestate beneficiarului prin vizite la domiciliul acestuia.
- 46) Beneficiarul este vizitat de managerul de caz din cadrul Serviciului în conformitate cu planul individualizat de asistență, precum și la solicitarea beneficiarului sau a reprezentantului său legal, după caz.
- 47) Managerul de caz efectuează vizite la domiciliul beneficiarului nu mai rar de o dată pe lună.
- 48) La fiecare vizită, managerul de caz :
1. se asigură că are o întrevvedere individuală cu beneficiarul;

2. întocmește un raport de monitorizare cu privire la vizită, care este anexat la dosarul beneficiarului.
- 49) Managerul de caz întreprinde acțiuni suplimentare de monitorizare, inclusiv în cazuri de abatere, urgență sau oricăror suspiciuni de abuz față de beneficiar.
- 50) Rezultatul procesului de monitorizare a beneficiarului este adus la cunoștință acestuia sau reprezentantului său legal, după caz.
- 51) Managerul de caz, în baza rapoartelor de monitorizare a serviciilor acordate, elaborează raport trimestrial/anual și prezintă șefului structurii teritoriale de asistență socială.
- 52) Specialiștii din cadrul structurii teritoriale de asistență socială evaluează anual activitatea Serviciului în conformitate cu Regulamentul de activitate și Standardele minime de calitate.
- 53) Raportul anual de evaluare este prezentat echipei multidisciplinare de specialiști și structurii teritoriale de asistență socială și fundamentează aprecierea faptului dacă acestea corespund Standardelor minime de calitate.

Secțiunea a 5-a **Suspendarea și încetarea prestării de servicii** **beneficiarului în cadrul Serviciului**

- 54) În cazul în care a fost sesizat faptul că prestarea de servicii beneficiarului este în detrimentul acestuia, echipa multidisciplinară de specialiști revizuieste oportunitatea continuării prestării acestor servicii în baza criteriilor de admitere, specificate în anexa nr. 2 la prezentul Regulament.
- 55) Echipa multidisciplinară de specialiști examinează orice informație relevantă și decide asupra necesității suspendării sau încetării prestării de servicii beneficiarului.
- 56) Suspendarea sau încetarea prestării de servicii beneficiarului în cadrul Serviciului se face cu respectarea Standardelor minime de calitate și prevederilor acordului de colaborare semnat de către beneficiar sau reprezentantul legal al acestuia cu Șeful Serviciului
- 57) Suspendarea sau încetarea prestării serviciilor în cauză se efectuează în temeiul deciziei echipei multidisciplinare de specialiști și a prestatorului de serviciu, conform următoarelor criterii exhaustive:
 1. beneficiarul nu mai îndeplinește cumulativ criteriile de admitere în Serviciu;
 2. necesitățile specifice ale beneficiarului sau cerințele acestuia sau ale persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestuia nu mai corespund specificului Serviciului;
 3. beneficiarul a fost implicat într-un program de reabilitare și tratament, după caz, și au fost atinse obiectivele planului individualizat de asistență;
 4. beneficiarul refuză prestarea serviciilor;
 5. beneficiarul încalcă prevederile acordului de colaborare semnat cu Șeful Serviciului.

- 58) Suspendarea sau încetarea prestării de servicii beneficiarului poate avea loc în temeiul cererii acestuia sau a reprezentantului său legal, după caz.

Secțiunea a 6-a
Modul de finanțare a Serviciului

- 59) Serviciul este finanțat din următoarele surse:
1. bugetul raional;
 2. mijloace speciale;
 3. alte surse, conform legislației în vigoare.
- 60) Salarizarea personalului Serviciului se efectuează conform legislației în vigoare, în baza devizului de cheltuieli al Serviciului, aprobat de către Consiliul Raional.

**Informația pe care trebuie să o conțină în mod
obligatoriu dosarul personal al beneficiarului**

Dosarul personal al beneficiarului trebuie să conțină următoarele informații și documente: