

ZARZĄDZENIE NR 5/2020
z dnia 28.05.2020 r.
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej
w Międzychodzie

w sprawie: organizacji pracy i działalności *Klubu Integracji Społecznej*, będącego w strukturach Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Na podstawie § 12 ust 1 Statutu Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie zarządzam, co następuje:

§ 1

Na potrzeby zapewnienia ochrony Uczestnikom i pracownikom *Klubu Integracji Społecznej*, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, określam zasady organizacji pracy i działalności *Klubu Integracji Społecznej*:

1. Zalecam pracownikom oraz Uczestnikom *Klubu* nie przychodzić do placówki w sytuacji stwierdzenia u siebie niepokojących objawów choroby zakaźnej; kontaktu z osobą chorą, zakażoną, izolowaną lub przebywającą w kwarantannie – **Załącznik nr 1**.
2. Zobowiązuję pracowników oraz Uczestników *Klubu* do obserwacji swojego stanu zdrowia oraz stanu zdrowia innych Uczestników i pracowników, w szczególności w zakresie objawów infekcji dróg oddechowych. Wszelkie objawy infekcji, które pojawiły się dopiero po przybyciu do Placówki, powinny być zgłaszane Starszemu Administratorowi *Klubu Integracji Społecznej* lub pozostałym pracownikom.
3. Nakazuję w przypadku wystąpienia u Uczestnika niepokojących objawów sugerujących zakażenie SARS-Co V-2 niezwłocznie podjąć kroki mające na celu izolację tej osoby od innych osób przebywających w Placówce. Następnie skontaktować się telefonicznie z lekarzem, celem uzyskania teleporady medycznej oraz Powiatową Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną w Międzychodzie, po czym stosować się ściśle do wydawanych instrukcji i poleceń.
4. W przypadku wystąpienia u pracownika wykonującego swoje zadania na stanowisku pracy niepokojących objawów sugerujących zakażenie SARS-Co V-2, zostaje on niezwłocznie odsunięty od pracy i odesłany transportem indywidualnym do domu lub w przypadku, gdy jest to możliwe, pracownik powinien oczekiwać na transport w wyznaczonym pomieszczeniu, w którym jest możliwe czasowe odizolowanie go od innych osób. Równocześnie powiadomiona zostaje Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Międzychodzie; należy stosować się ściśle do wydawanych instrukcji i poleceń.
5. W przypadku stwierdzenia zakażenia SARS-Co V-2 lub zachorowania na COVID-19 pracownika lub Uczestnika *Klubu* działania podejmuje Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Międzychodzie wraz z Starszym Administratorem *Klubu Integracji Społecznej*.
6. Zapewnia się pracownikom oraz Uczestnikom *Klubu* stały dostęp do środków dezynfekcji.
7. Starszy Administrator *Klubu Integracji Społecznej* lub wyznaczony przez niego pracownik zobowiązany jest poinformować Uczestników i pracowników, przed przystąpieniem do zajęć oraz pracy, o sposobie postępowania w przypadku podejrzenia zachorowania na COVID-19, a także zmianach w zakresie organizacji zajęć oraz zasadach i środkach

bezpieczeństwa wdrożonych w celu przeciwdziałania epidemii.

8. Osoby, których obecność nie jest niezbędna do realizacji zadań *Klubu Integracji Społecznej* nie powinny mieć wstępu na teren Placówki.

§ 2

W zakresie prowadzenia zajęć z Uczestnikami:

1. Zalecam podział Uczestników na małe kilkusobowe grupy.
2. W ramach prowadzonych zajęć rekomenduje się uwzględnienie tematyki dotyczącej obecnej sytuacji epidemicznej, w tym ze szczególnym podkreśleniem wagi utrzymywania właściwej higieny osobistej i otoczenia oraz dystansu społecznego.
3. Nakazuję się zachowanie odstępów, co najmniej 2 metrów między stanowiskami zajmowanymi przez Uczestników w trakcie zajęć.
4. Nakazuje się przestrzeganie obowiązku zakrywania nosa i ust.
5. Poleca się, aby *Starszy Administrator Klubu Integracji Społecznej*, na podstawie dostępnych informacji dobrać odpowiednie formy uczestnictwa w zajęciach dla Uczestników znajdujących się w grupach ryzyka.
6. W miarę możliwości i potrzeb Uczestników, zajęcia, które mogą odbywać się zdalnie powinny być prowadzone w takiej formie. Z tej formy prowadzenia zajęć w pierwszej kolejności powinny skorzystać osoby z grupy ryzyka. Udział w zorganizowanych zajęciach w formie zdalnej należy traktować analogicznie do innych form uczestnictwa w procesie reintegracji.
7. Zalecam *Starszemu Administratorowi Klubu Integracji Społecznej* analizę zakresu i formy usług reintegracyjnych, w szczególności pod kątem zapewnienia Uczestnikom bezpieczeństwa oraz opracowanie zaleceń dotyczących przeciwdziałania zakażeniom SARS-Co V-2, dopasowane do poszczególnych warsztatów i spotkań terapeutycznych.

§ 3

Zarządzenie podlega wywieszeniu na tablicy ogłoszeń *Klubu Integracji Społecznej* w *Międzychodzie*, a także opublikowaniu na stronie BIP Ośrodka Pomocy Społecznej w *Międzychodzie*.

§ 4

Wykonanie zarządzenia powierza się *Starszemu Administratorowi Klubu Integracji Społecznej* zatrudnionemu w Ośrodku Pomocy Społecznej w *Międzychodzie*.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Międzychodzie
mgr Aneta Gierszewska

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z ZARZĄDZENIEM
DYREKTORA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W MIĘDZYCHODZIE
– NR 5/2020 Z DNIA 28.05.2020 r.**

Dane Uczestnika / Uczestniczki Klubu Integracji Społecznej:

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania	

1. **Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/lam poinformowany/a o: wprowadzeniu Zarządzenia Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie Nr 5/2020 w sprawie organizacji pracy i działalności Klubu Integracji Społecznej, będącego w strukturach Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie – w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-10 i zapoznałem/lam się z jego treścią.**
2. **Ponadto oświadczam, że: w sytuacji stwierdzenia u siebie niepokojących objawów choroby zakaźnej; kontakcie z osobą chorą, zakażoną, izolowaną lub pozostającą w kwarantannie – nie będę brał/a udziału w zajęciach w Klubie Integracji Społecznej w Międzychodzie, przynajmniej przez okres 14 dni, tj. do czasu zminimalizowania ryzyka rozprzestrzenienia wirusa.**

.....
data i czytelny podpis
Uczestnika Klubu Integracji Społecznej

.....
data i czytelny podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie



