

Zarządzenie nr 16/2026 Dyrektora Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie z dnia 21 września 2026 r.

w sprawie wprowadzenia Procedury monitorowania i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Na podstawie § 5 ust. 6 pkt 5 Regulaminu Organizacyjnego Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie w związku z art. 50 i art. 50b ust. 1–6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639, z późn. zm.) oraz § 2 – 5 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 sierpnia 2026 r. w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Dz. U. z 2026 r., poz. 1067)

§ 1. Wprowadza się „**Procedurę monitorowania i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**”, dalej także „Procedura”, stanowiącą załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Procedura dotyczy wszystkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, realizowanych na podstawie decyzji wydanych przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie, dalej Ośrodek.

§ 3. Procedura obejmuje pracowników Ośrodka – osoby nadzorujące realizację usług opiekuńczych, pracowników socjalnych oraz opiekunki środowiskowe.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Potwierdzam zapoznanie się z Zarządzeniem i załącznikami do niego.

.....

Imię i nazwisko

.....

podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko

.....

podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....
 Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko	
	podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

.....

Imię i nazwisko podpis

PROCEDURA MONITOROWANIA I OCENY ŚWIADCZONYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Celem wprowadzenia Procedury jest:
 - a) zapewnienie świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania zgodnie z określonym standardem,
 - b) systematyczne monitorowanie i ocena usług opiekuńczych w celu zapewnienia ich odpowiedniej jakości (bezpieczeństwo, skuteczność, celowość),
 - c) określenie sposobu postępowania w razie stwierdzenia nieprawidłowości.
2. Świadczenie usług musi uwzględniać:
 - a) zasadę dobra osoby korzystającej z usług,
 - b) poszanowanie intymności i godności osobistej, prawo do autonomii i samostanowienia osoby, na rzecz której usługi są świadczone,
 - c) dbałość o bezpieczeństwo usług przez przestrzeganie zasad higieny,
 - d) obowiązek potwierdzania wykonanych czynności przez osobę korzystającą z usług, w sposób ustalony przez ośrodek.
3. Zakres usług opiekuńczych jest ustalany indywidualnie, zgodnie z potrzebami osoby w decyzji administracyjnej biorąc pod uwagę zapisy art. 50 ust. 1a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz § 2 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 sierpnia 2026 r. w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Dz. U. z 2026 r., poz. 1067), dalej „Rozporządzenie”. Zakres usług ustala się na Karcie zgłoszenia potrzeb w zakresie usług opiekuńczych, których wzór określa Arkusz nr 7 do Procedury.
4. Dla każdej osoby, na rzecz której świadczone są usługi, pracownik ds. usług opiekuńczych zakłada odrębną teczkę, w której gromadzona jest dokumentacja wytworzona i zebrana w związku z monitoringiem i oceną świadczenia usług.

§ 2.

Monitorowanie świadczenia usług opiekuńczych

1. Monitorowanie świadczenia usług opiekuńczych obejmuje działania polegające na zbieraniu i analizowaniu informacji na temat świadczonych usług opiekuńczych.
2. Monitoring realizowany jest poprzez:
 - a) rodzinny wywiad środowiskowy;

- b) wizyty w miejscu zamieszkania osoby, u której świadczone są usługi;
 - c) ankiety oceniające prawidłowość realizacji usług (opinia osób korzystających z usług opiekuńczych lub członków ich rodziny);
 - d) bieżącą analizę informacji, w tym w postaci elektronicznej, potwierdzających sposób i zakres realizowanych usług opiekuńczych.
3. Dokumentację monitorowania stanowią:
- a) Karta informacji z wizyty w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy usług opiekuńczych;
 - b) Ankiety oceniające prawidłowość świadczenia usług opiekuńczych;
 - c) Analizy realizacji usług opiekuńczych;
 - d) Zbiorcze okresowe informacje na temat świadczenia usług opiekuńczych;
 - e) Rejestr skarg i wniosków, prowadzony na podstawie odrębnych przepisów;
 - f) Inne dokumenty zawierające informacje o realizacji usług opiekuńczych.

§ 3.

Monitoring w trakcie przeprowadzania rodzinnego wywiadu środowiskowego

1. Pracownik socjalny przeprowadzający rodzinny wywiad środowiskowy z osobą, u której świadczone są usługi opiekuńcze, zobowiązany jest do pozyskania informacji dotyczących satysfakcji ze świadczonych usług i ewentualnych uwag w tym zakresie.
2. Informacje uzyskane w toku wywiadu pracownik zamieszcza w formularzu wywiadu.
3. W przypadku uzyskania informacji o ewentualnych nieprawidłowościach w świadczeniu usług opiekuńczych, pracownik socjalny przekazuje ją pracownikowi ds. usług opiekuńczych, informując również o tym fakcie Zastępcę Dyrektora, a podczas jego nieobecności Dyrektora Ośrodka w terminie 3 dni roboczych od dnia jej uzyskania.
4. W przypadku uzyskania informacji o nieprawidłowościach mogących stwarzać zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby korzystającej z usług opiekuńczych, pracownik socjalny niezwłocznie, nie później jednak niż w następnym dniu roboczym, informuje Zastępcę Dyrektora, a podczas jego nieobecności Dyrektora Ośrodka.

§ 4.

Wizyty monitorujące w miejscu zamieszkania.

1. Wizyty monitorujące w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usług przeprowadza pracownik ds. usług opiekuńczych.
2. Z przebiegu wizyty sporządza się Kartę informacji z wizyty w miejscu zamieszkania (według wzoru stanowiącego Arkusz nr 1 do Procedury).

3. Wizyty monitorujące przeprowadzane są co najmniej raz w miesiącu oraz doraźnie w przypadku skarg lub podejrzeń nieprawidłowości - do 7 dni roboczych od zgłoszenia oraz w przypadku zgłoszenia zagrożenia bezpieczeństwa - do 2 dni roboczych od powzięcia informacji.
4. Wizyta obejmuje ustalenia w przedmiocie:
 - a) jakości wykonywanych czynności;
 - b) zgodności usług z decyzją administracyjną w odniesieniu do ich wymiaru godzinowego i zakresu;
 - c) relacji opiekuna z osobą korzystającą z usług opiekuńczych;
 - d) przestrzegania praw osoby korzystającej z usług;
 - e) bezpieczeństwa wykonywanych czynności.

§ 5.

Ankiety oceniające prawidłowość realizacji usług

1. Ankiety oceniające prawidłowość realizacji usług przeprowadza się nie rzadziej niż raz na pół roku u każdej osoby, na rzecz której świadczone są usługi, zgodnie ze wzorem ankiety określonym w Arkuszu nr 2 do Procedury.

W przypadku, gdy stan zdrowia osoby nie pozwala na wyrażenie opinii, fakt ten odnotowuje się w arkuszu Ankiety, o którym mowa wyżej, a opinię pozyskuje się od członków rodziny mających wiedzę o realizacji usług.
2. W przypadku osoby samotnej, której stan zdrowia nie pozwala na wyrażenie opinii, sporządza się adnotację w aktach o braku możliwości uzyskania opinii.
3. Przeprowadzenie pierwszej ankiety dla nowego środowiska może nastąpić nie wcześniej niż 30 dni od daty faktycznego rozpoczęcia świadczenia usług.
4. Ankiety przeprowadza pracownik ds. usług opiekuńczych.
5. Przeprowadzone ankiety podlegają rejestracji przez pracownika Biura Obsługi Interesanta, w rejestrze przesyłek przychodzących.

§ 6.

Bieżąca analiza informacji o realizacji usług opiekuńczych

1. Pracownik ds. usług opiekuńczych dokonuje bieżącej analizy informacji, w tym w postaci elektronicznej, potwierdzających sposób i zakres zrealizowanych usług opiekuńczych u odbiorcy usług, w tym:
 - a) o liczbie przyznanych w miesiącu usług,
 - b) o liczbie niezrealizowanych godzin usług ze wskazaniem przyczyny ich niezrealizowania,

- c) o zmianach osób wykonujących usługi opiekuńcze,
 - d) o liczbie skarg i zgłoszeń, w tym anonimowych, o nieprawidłowym świadczeniu usług opiekuńczych.
2. Bieżącej analizy dokonuje się m.in. na podstawie wyników wizyt monitorujących, ankiet oceniających prawidłowość realizacji usług, zgłoszonych skarg lub podejrzeń nieprawidłowości oraz innych dokumentów będących w posiadaniu Ośrodka w celu identyfikacji obszarów wymagających poprawy oraz planowania działań doskonalących jakość świadczonych usług.
 3. Wzór kwestionariusza bieżącej analizy informacji potwierdzających sposób i zakres zrealizowanych usług opiekuńczych określa Arkusz nr 3 do Procedury.
 4. Na podstawie bieżących analiz, pracownik ds. usług opiekuńczych po zakończeniu każdego półrocza, do 10-tego dnia, sporządza zbiorczą informację na temat realizacji usług opiekuńczych, której wzór określa Arkusz nr 4 do Procedury.
 5. Raz na 6 miesięcy, do 10-tego dnia po upływie półrocza, pracownik ds. usług opiekuńczych sporządza w odniesieniu do każdej osoby korzystającej z usług, okresową ocenę świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, której wzór określa Arkusz nr 5 do Procedury.
 6. Na podstawie okresowych informacji, o których mowa w ust. 3 oraz ocen, o których mowa w ust. 4, Zastępca Dyrektora sporządza zbiorczą ocenę świadczenia usług po zakończeniu roku kalendarzowego, zwaną dalej „Raportem”, którą przedkłada Dyrektorowi Ośrodka.
 7. Raport stanowi integralną część corocznego sprawozdania z działalności Ośrodka, a jego wzór określa Arkusz nr 6 do Procedury.
 8. Raport zawiera w szczególności:
 - 1) liczbę osób objętych usługami;
 - 2) liczbę przeprowadzonych wizyt monitorujących;
 - 3) liczbę i wyniki ankiet oceniających prawidłowość realizacji usług;
 - 4) liczbę zgłoszonych skarg i zgłoszeń;
 - 5) opis wdrożonych działań naprawczych;
 - 6) rekomendacje dotyczące poprawy jakości.

§ 7.

Postępowanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości

1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości (np. nienależytego wykonywania obowiązków, braku terminowości, zastrzeżeń co do jakości wsparcia) sporządza się protokół pokontrolny wskazujący uchybienia.
2. W celu wyeliminowania nieprawidłowości Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej:
 - a) wydaje stosowne zalecenia,
 - b) wyznacza termin ich realizacji,
 - c) zleca pracownikowi ds. usług opiekuńczych przeprowadzenie wizyty sprawdzającej i udzielenie pisemnej informacji z dokonanych ustaleń,
 - d) dokonuje zmiany organizacji świadczenia usług,
3. W sytuacji rażących nieprawidłowości Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej:
 - a) kieruje pracownika świadczącego usługi opiekuńcze na szkolenie, jeśli zajdzie taka potrzeba;
 - b) podejmuje inne działania wynikające z przepisów prawa pracy lub zawartych umów.

§ 8.

Postanowienia końcowe

1. Dopuszcza się możliwość stosowania innych dokumentów (załączników) nie ujętych w Regulaminie, usprawniających i wpływających na prawidłową realizację usług opiekuńczych.
2. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej.

**KARTA INFORMACJI Z WIZYTY W MIEJSCU ZAMIESZKANIA ŚWIADCZENIOBIORCY USŁUG
OPIEKUŃCZYCH**

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko podopiecznego:

Adres zamieszkania:

Numer i data wydania decyzji przyznającej usługi (w przypadku, gdy wydana została decyzja zmieniająca liczbę godzin, należy podać dane decyzji zmieniającej, z której wynika wymiar świadczonych usług):

.....

2. Dane dotyczące wizytacji:

Data i godzina przeprowadzenia wizyty:

Imię i nazwisko pracownika wizytującego:

Imię i nazwisko opiekuna/opiekunki świadczącej usługi:

3. Weryfikacja warunków realizowania usług:

Czy opiekunka była obecna w ustalonych godzinach? ☐ TAK ☐ NIE

Czy osoba potwierdza wykonanie na jej rzecz usług? ☐ TAK ☐ NIE

Czy usługi świadczone są z poszanowaniem osoby, na rzecz której są one świadczone?

☐ TAK ☐ NIE

Stan fizyczny i ogólne samopoczucie podopiecznego:

Ocena czystości otoczenia i higieny osobistej podopiecznego:

Czy usługi wykonywane są wymiarze godzinowym określonym w decyzji? ☐ TAK ☐ NIE

Czy zakres świadczonych usług odpowiada zakresowi określonym w decyzji? ☐ TAK ☐ NIE

4. Uwagi osoby na rzecz której świadczone są usługi (co do jakości wykonywanych usług, zgodności z decyzją co do zakresu i wymiaru godzinowego, relacji z osobą świadczącą usługi, przestrzegania praw osoby korzystającej z usług, itp.)

.....

.....

.....
.....

5. Uwagi i zalecenia pracownika wizytującego:

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

Podpis świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego:

Podpis pracownika wizytującego:

ANKIETA OCENIAJĄCA PRAWIDŁOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Prosimy o wypełnienie ankiety oceniającej prawidłowość świadczenia usług opiekuńczych.
Pozwoli to na podjęcie ewentualnych działań w celu poprawy jakości świadczonego wsparcia.

☐ korzystam z usług opiekuńczych

☐ jestem członkiem rodziny

osoby korzystającej z usług opiekuńczych

Zakres usług opiekuńczych

Lp.	Katalog usług opiekuńczych	Czy usługa jest świadczona?		Czy jest Pani/Pan zadowolony ze świadczenia usług?		
		tak	nie	tak	nie wiem	nie
Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych						
1.	Podstawowe czynności związane z samoobsługą:					
	ubieranie się, zmiana odzieży i bielizny osobistej					
	przygotowywanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety					
	pomoc w spożywaniu posiłku lub karmienie i pojenie					
	ślanie łóżka i zmiana pościeli					
2.	Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego:					
	porządkowanie w niezbędnym zakresie, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i sanitarnych, wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, palenie w piecu					
	dokonywanie lub towarzyszenie podczas niezbędnych zakupów lub w korzystaniu z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliżej miejsca zamieszkania , dostarczanie pomocy rzeczowej					
	utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie jak wózek, balkonik, podnośnik, kule					
	pranie odzieży i pościeli, niezbędne prasowanie, oddawanie i odbiór z pralni					
	załatwianie lub towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych i płacenie rachunków					
3.	Inne czynności samoobsługowe:					
	zmiana pozycji ciała, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku					
	korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji					

Lp.	Katalog usług opiekuńczych	Czy usługa jest świadczona?		Czy jest Pani/Pan zadowolony ze świadczenia usług?		
		tak	nie	tak	nie wiem	nie
Opieka higieniczna						
1.	Toaleta poranna/wieczorna, w tym golenie, czesanie, higiena jamy ustnej (w przypadku osób leżących toaleta wykonywana jest w łóżku).					
2.	Kąpiel.					
3.	Pielęgnacja niezmiętych chorobowo paznokci rąk i nóg.					
4.	Pomoc w korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych.					
5.	Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych, z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń.					
Zalecona przez lekarza pielęgnacja						
1.	Pomoc w przygotowaniu i przyjmowaniu leków.					
2.	Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków.					
3.	Mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, oklepywanie.					
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem						
1.	Umożliwienie przebywania na świeżym powietrzu lub towarzyszenie podczas spacerów.					
2.	Prowadzenie rozmów.					
3.	Stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną.					
4.	Czytanie prasy, książek i ich wymiana w bibliotece.					
5.	Towarzyszenie podczas drogi i w trakcie pobytu do instytucji kultury i rekreacji.					

Czy zakres świadczonych usług jest dla Pani/Pan wystarczający?

☐ TAK

☐ NIE

jeżeli NIE, to proszę opisać:

- co jest niewystarczające:

- jakiej usługi brakuje:

Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze jest:

- | | | | | |
|---------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. punktualna | ☐ tak | ☐ raczej tak | ☐ nie | ☐ raczej nie |
| 2. sumienna | ☐ tak | ☐ raczej tak | ☐ nie | ☐ raczej nie |
| 3. kulturalna | ☐ tak | ☐ raczej tak | ☐ nie | ☐ raczej nie |
| 4. pomocna | ☐ tak | ☐ raczej tak | ☐ nie | ☐ raczej nie |

Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze w pełni wykorzystuje czas świadczenia usługi opiekuńczej?

☐ tak ☐ raczej tak ☐ nie ☐ raczej nie

Czy zgłasza Pani/Pan zastrzeżenia w stosunku do pracy osoby wykonującej usługi opiekuńcze?

☐ tak ☐ nie

Jeżeli TAK, proszę opisać, czego dotyczą zastrzeżenia:

.....

.....

Jak Pani/Pan ogólnie ocenia świadczoną usługę opiekuńczą ?

☐ bardzo dobrze ☐ dobrze ☐ źle ☐ bardzo źle

Imię i nazwisko osoby, na rzecz której świadczone są usługi

....., dnia

Miejscowość data wypełnienia

Podpis osoby wypełniającej ankietę

(lub adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu lub wyrażenia opinii przez świadczeniobiorcę z uwagi na stan zdrowia)

.....

ANALIZA REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

(wypełnia pracownik ds. usług opiekuńczych do 10-tego dnia po zakończeniu miesiąca)

Okres rozliczeniowy (miesiąc):

Świadczeniobiorca:

Liczba przyznanych godzin:

Wskaźnik monitorowania	Wartość/Liczba	Uwagi / Działania naprawcze
Liczba godzin zrealizowanych		
Liczba godzin niezrealizowanych		
– z winy świadczeniobiorcy (pobyt w szpitalu, odmowa, zawieszenie świadczenia usług)		
– z winy podmiotu/opiekuna (brak zastępstwa, absencja)		
Liczba zmian na stanowisku opiekuna		
Liczba zgłoszonych skarg i uwag imiennych		
Liczba zgłoszeń anonimowych o nieprawidłowościach		

Data

Podpis

ZBIORCZA INFORMACJA O REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Okres rozliczeniowy:

Liczba osób, którym przyznano usługi

Liczba wydanych decyzji w sprawie usług opiekuńczych:

Łączna liczba przyznanych godzin:

Wskaźnik monitorowania	Wartość/Liczba	Uwagi / Działania naprawcze
Liczba godzin faktycznie zrealizowanych		
Liczba godzin niezrealizowanych (ogółem)		
– z winy świadczeniobiorcy (pobyt w szpitalu, odmowa, zawieszenie świadczenia usług)		
– z winy podmiotu/opiekuna (brak zastępstwa, absencja)		
Liczba zmian na stanowisku opiekuna		
Liczba zgłoszonych skarg i uwag imiennych		
Liczba zgłoszeń anonimowych o nieprawidłowościach		

Data

Podpis

**OKRESOWA OCENA ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
(w tym w zakresie bezpieczeństwa, celowości i skuteczności)**

(wypełnia pracownik ds. usług opiekuńczych do 10-tego dnia po zakończeniu półrocza)

Świadczeniobiorca:

Opiekun realizujący usługi:

Okres objęty oceną: od do

I. Kryteria Oceny (§ 5.2. Rozporządzenia):

1. Zakres i wymiar faktycznie realizowanych usług opiekuńczych zgodnie z decyzją administracyjną (w tym terminowość i rzetelność):

[] **Ocena pozytywna:** Usługi realizowane zgodnie z harmonogramem i wymiarem z decyzji. Brak nieusprawiedliwionych przestojów.

[] **Ocena z zastrzeżeniami:** Odnotowano pojedyncze opóźnienia lub skracanie czasu pracy (co wymagało interwencji).

[] **Ocena negatywna:** Liczne niezrealizowane godziny z przyczyn leżących po stronie wykonawcy, nienależyta rzetelność.

(Krótki opis sytuacji):

2. Adekwatność świadczonego wsparcia do potrzeb osoby, na rzecz której są świadczone usługi:

[] Wsparcie w pełni odpowiada aktualnemu stanowi zdrowia i sprawności podopiecznego.

[] Zakres wymaga modyfikacji: konieczność zmiany decyzji / zmiana wymiaru godzin / zmiana zakresu czynności w obszarze higieny lub potrzeb życiowych).

(Krótki opis ustaleń, w ilu przypadkach istnieje konieczność zmian):

.....

3. Zapewnienie realizacji usług opiekuńczych w sposób zapewniający:

a/ kierowanie się zasadą dobra osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze

[] Ocena pozytywna [] Ocena z zastrzeżeniami [] Ocena negatywna:

(Przy ocenie z zastrzeżeniami lub negatywnej podać powody).....

.....

b) poszanowanie intymności i godności osobistej osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, i respektowanie jej prawa do autonomii w podejmowaniu decyzji i samostanowienia

☐ Ocena pozytywna ☐ Ocena z zastrzeżeniami ☐ Ocena negatywna

(Przy ocenie z zastrzeżeniami lub negatywnej podać powody).....

.....

c) dbałość o bezpieczeństwo świadczonych usług opiekuńczych przez przestrzeganie zasad higieny

☐ Ocena pozytywna ☐ Ocena z zastrzeżeniami ☐ Ocena negatywna

(Przy ocenie z zastrzeżeniami lub negatywnej podać powody).....

.....

d) potwierdzanie wykonanych czynności przez osobę, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, w sposób ustalony przez ośrodek pomocy społecznej

☐ Ocena pozytywna ☐ Ocena z zastrzeżeniami ☐ Ocena negatywna

(Przy ocenie z zastrzeżeniami lub negatywnej podać powody).....

.....

II. Wnioski końcowe i działania naprawcze:

☐ Usługi świadczone prawidłowo – brak uwag.

☐ Stwierdzono nieprawidłowości:

.....

.....

Proponowane działania naprawcze

.....

.....

Data sporządzenia oceny:

Podpis

ZBIORCZA OCENA ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH (RAPORT)

Okres rozliczeniowy

(rok):.....

Liczba osób, którym przyznano usługi

Liczba wydanych decyzji w sprawie usług opiekuńczych:

Łączna liczba przyznanych godzin:

Liczba godzin faktycznie zrealizowanych

Liczba godzin niezrealizowanych

z tego:

– z winy świadczeniobiorcy (pobyt w szpitalu, odmowa, zawieszenie świadczenia usług)

– z winy podmiotu/opiekuna (brak zastępstwa, absencja).....

Liczba zmian na stanowisku opiekuńcy

Liczba ankiet oceniających prawidłowość realizacji usług

Liczba zgłoszonych skarg i zgłoszeń imiennych

Liczba zgłoszeń anonimowych o nieprawidłowościach

Wdrożone działania naprawcze

.....

.....

Rekomendacje dotyczące poprawy jakości usług

.....

.....

.....

Data

Podpis

KARTA ZGŁOSZENIA POTRZEB W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Osoba zgłaszająca potrzebę świadczenia usług opiekuńczych

Osoba, u której mają być świadczone usługi, jeśli inna niż zgłaszająca)

..... zam.

Lp.	Katalog usług opiekuńczych	tak	nie
Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych			
1.	Podstawowe czynności związane z samoobsługą:		
	ubieranie się, zmiana odzieży i bielizny osobistej		
	przygotowywanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety		
	pomoc w spożywaniu posiłku lub karmienie i pojenie		
	ślanie łóżka i zmiana pościeli		
2.	Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego:		
	porządkowanie w niezbędnym zakresie, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i sanitarnych, wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, palenie w piecu		
	dokonywanie lub towarzyszenie podczas niezbędnych zakupów lub w korzystaniu z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliżej miejsca zamieszkania , dostarczanie pomocy rzeczowej		
	utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie jak wózek, balkonik, podnośnik, kule		
	pranie odzieży i pościeli, niezbędne prasowanie, oddawanie i odbiór z pralni		
	załatwianie lub towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych i płacenie rachunków		
3.	Inne czynności samoobsługowe:		
	zmiana pozycji ciała, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku		
	korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji		
Opieka higieniczna			
1.	Toaleta poranna/wieczorna, w tym golenie, czesanie, higiena jamy ustnej (w przypadku osób leżących toaleta wykonywana jest w łóżku).		
2.	Kąpiel.		
3.	Pielęgnacja niezmięzionych chorobowo paznokci rąk i nóg.		
4.	Pomoc w korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych.		
5.	Zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych, z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń.		

Lp.	Katalog usług opiekuńczych	tak	nie
Zalecona przez lekarza pielęgnacja			
1.	Pomoc w przygotowaniu i przyjmowaniu leków.		
2.	Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków.		
3.	Mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, oklepywanie.		
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem			
1.	Umożliwienie przebywania na świeżym powietrzu lub towarzyszenie podczas spacerów.		
2.	Prowadzenie rozmów.		
3.	Stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną.		
4.	Czytanie prasy, książek i ich wymiana w bibliotece.		
5.	Towarzyszenie podczas drogi i w trakcie pobytu do instytucji kultury i rekreacji.		

Data i czytelny podpis świadczeniobiorcy

Data i podpis pracownika socjalnego

**OŚWIADCZENIE O ZDOLNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ
DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL / data urodzenia:

Adres zamieszkania:

oświadczam, że:

1. Mój stan zdrowia oraz sprawność psychofizyczna pozwalają mi na wykonywanie obowiązków związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych.
2. Nie są mi znane żadne przeciwwskazania zdrowotne, psychiczne ani fizyczne uniemożliwiające wykonywanie usług opiekuńczych.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie o każdej zmianie stanu zdrowia mogącej mieć wpływ na możliwość bezpiecznego wykonywania powierzonych obowiązków.

Niniejsze oświadczenie składam świadomie i zgodnie ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)