

Zarządzenie nr 47/2023
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

z dnia 28.06.2023r.

W sprawie: zmiany w części zarządzenia nr 7/2023 z dnia 27.01.2023r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

Na podstawie § 8 ust. 1 i § 10 ust. 1 pkt. 7 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich wprowadzonego Zarządzeniem nr 56/MOPR/2023 Prezydenta Miasta Piekary Śląskie z dnia 20 stycznia 2023r.,

zarządzam co następuje:

§ 1

Zmianie ulega Załącznik nr 6 do Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich wprowadzony Zarządzeniem nr 7/2023 z dnia 27.01.2023r. Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, który stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Pozostała część Zarządzenia nr 7/2023 z dnia 27.01.2023r. Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich w sprawie: wprowadzenia Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, pozostaje bez zmian.

§ 3

Zobowiązuje się wszystkich kierowników do zapoznania podległych pracowników z treścią niniejszego Zarządzenia.

§ 4

Wykonanie Zarządzenia powierza się Kierownikowi Działu Aktywizacji Społecznej i czynię go odpowiedzialnym za jego wdrożenie.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Maciej Gazda
Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Piekarach Śląskich

Piekary Śląskie, dnia.....

PROTOKÓŁ OCENY JAKOŚCI I ZAKRESU USŁUG

W dniu..... pracownik socjalny.....

Przeprowadził kontrolę świadczonych usług u Pani/Pana

zam. Piekary Śląskie ul.

Rodzaj ocenianych usług 1) opiekuńcze <input type="checkbox"/> 2) specjalistyczne <input type="checkbox"/> 3) specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> 4) inne <input type="checkbox"/>	Oceniane usługi świadczone są w wymiarze: <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	Podmiot realizujący oceniane usługi:
Imię i nazwisko pracownika / pracowników świadczącego oceniane usługi <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		Sposób przeprowadzenia kontroli: - zapowiedziana / niezapowiedziana / telefoniczna* - z udziałem / bez udziału osoby świadczącej usługę*

I. Ocena jakości realizacji usług przez klienta:

Czy klient jest zadowolony z jakości świadczonych usług ?

Tak Zgłoszono uwagi Nie weryfikowano

Uwagi i zastrzeżenia klienta do jakości świadczonych usług:

.....

.....

.....

Uwagi pracownika oraz uzasadnienie dlaczego nie weryfikowano zadowolenia klienta:

.....

.....

.....

II. Prawdliwość realizacji usług (na podstawie arkusza oceny stanowiącego załącznik do protokołu):

1. Czy zakres usług realizowany jest zgodnie ze zgłoszeniem wejścia, zakresem czynności oraz wydaną decyzją lub zgodnie z innym dokumentem określającym zakres czynności?

Tak Stwierdzono odstępstwa

Opis odstępstw i ich uzasadnienie:

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

2. Czy usługi są świadczone o ustalonych porach dnia i godzinach oraz określonej ilości zgodnie ze zgłoszeniem wejścia, zakresem czynności oraz wydaną decyzją lub zgodnie z innym dokumentem określającym zakres czynności?

- Tak Stwierdzono odstępstwa

Opis odstępstw i ich uzasadnienie:

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

3. Uwagi pracownika dotyczące jakości świadczonych usług i poprawności ich realizacji

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

III. Ocena potrzeb w zakresie zapewnienia usług:

1. Czy osoba korzystająca z usług, korzysta z wsparcia innych osób lub instytucji w formie usługowej?

- Tak Nie

Osoba / podmiot świadczący usługi:

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

2. Czy zdaniem pracownika socjalnego ilość godzin i zakres świadczonych usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych / spec. usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi* lub inne należy zmienić?

- Tak Nie

3. Uwagi dotyczące potrzeb w zakresie zapewnienia usług:

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

4. Planowane kolejne wizyty kontrolne (w związku ze stopniem zabezpieczenia potrzeb oraz kondycją podopiecznego):

Częściej niż 1 raz w tygodniu, 1 w tygodniu, 2 razy w miesiącu, 1 raz w miesiącu

inne.....

IV. Pozostałe informacje uzyskane w trakcie oceny jakości i zakresu usług.

1. Czy występują zaległości za świadczone usługi:

Tak

Nie

Nie dotyczy

2. Informacje o sposobie uregulowania należności:

.....

.....

3. Uwagi i spostrzeżenia pracownika socjalnego dotyczące funkcjonowania osoby, jej zdolności do samodzielnej egzystencji, warunków życia itp.

.....

.....

.....

4. Uwagi i wyjaśnienia osoby świadczącej usługi– jeśli stwierdzono nieprawidłowości w sposobie realizacji lub dokumentowania usług.

.....

.....

.....

.....
Podpis świadczeniobiorcy**

.....
Podpis pracownika socjalnego

.....
Podpis świadka / opiekunki/ osoby świadczącej usługi **

* zaznacz właściwe

** jeśli możliwe jest jego złożenie