

## **Procedura przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

### **I. Postanowienia wstępne**

#### **§ 1.**

1. Procedura przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, zwana dalej „Procedurą”, określa zakres i sposób wykonywania usług świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.
2. Wdrożenie Procedury ma na celu zaktualizowanie i uporządkowanie zasad przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.
3. Procedura została opracowana w oparciu o następujące dokumenty:
  - 1) Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
  - 2) Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;
  - 3) „Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania” opracowany w ramach Projektu 1.18 Tworzenie i rozwijanie standardów usług i integracji społecznej, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
  - 4) „Usługi sąsiedzkie jako część katalogu usług opiekuńczych” Bartłomiej Głuszak, Cezary Miżejewski – Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „W stronę skutecznego modelu partycypacji obywatelskiej”, realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG;
  - 5) „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020” Warszawa 2019, opracowane na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2018 r. poz.1431, z późn. zm.);

#### **§ 2.**

Użyte w niniejszej Procedurze określenia oznaczają:

- 1) **MOPS** – należy przez to rozumieć Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli;
- 2) **pracownik socjalny** - pracownik socjalny zatrudniony w Dziale Pomocy Środowiskowej i Integracji Społecznej;
- 3) **Opiekun/ka** – osoba wykonująca usługi opiekuńcze zatrudniona w MOPS;
- 4) **koordynator UO** – osoba koordynująca usługi opiekuńcze w Dziale Usług;

- 5) **Osoba lub świadczeniobiorca** – osoba wymagająca usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 6) **usługi opiekuńcze** – usługi opiekuńcze o których mowa w art. 50 ustawy o pomocy społecznej, w tym sąsiedzkie usługi opiekuńcze;
- 7) **sąsiedzkie usługi opiekuńcze** – usługi świadczone w ramach usług opiekuńczych;
- 8) **usługi specjalistyczne** – specjalistyczne usługi opiekuńcze w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 9) **usługi** – łącznie usługi opiekuńcze i usługi specjalistyczne,
- 10) **Ustawa/uops** – ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- 11) **Rozporządzenie RM** – Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

## II. Zakres podmiotowy i przedmiotowy usług

### § 3.

Pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych przysługuje:

- 1) osobie samotnej<sup>1</sup>, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
- 2) osobie samotnie gospodarującej<sup>2</sup>, gdy wymaga pomocy innych osób, a wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- 3) osobie w rodzinie, gdy wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może zapewnić odpowiedniej pomocy z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

### § 4.

1. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi opiekuńcze mogą być świadczone w formie sąsiedzkich usług opiekuńczych.
3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb Osoby, wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, obejmujące w swym zakresie zabiegi lecznicze, rehabilitacyjne lub zmiany usposobień życiowych prowadzących do poprawy zdrowia lub złagodzenia skutków niedostatków zdrowia a także ułatwienia egzystencji i realizacji ról społecznych osoby wymagającej usług.
4. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi przeznaczone są dla Osób wykazujących zaburzenia wymienione w art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:
  - a) chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychiczne);
  - b) upośledzonych umysłowo;
  - c) osób wykazujących inne poważne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga

<sup>1</sup> Osoba samotnie gospodarująca, niepozostająca w związku małżeńskim i nieposiadająca wstępnych ani zstępnych (art. 6 pkt 9 Ustawy.)

<sup>2</sup> Osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe (art. 6 pkt 10 Ustawy)

takiej formy pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;

- d) dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, pozbawionych dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno – wychowawczych, jeśli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć świadczonych przez inne zobowiązane podmioty.

### **III. Cel i sposób realizacji usług opiekuńczych**

#### **§ 5.**

1. Celem świadczenia usług jest jak najdłuższe utrzymanie Osoby w jej środowisku zamieszkania przez zaspokojenie jej zidentyfikowanych potrzeb i podniesienie dotychczasowej jakości życia.
2. Usługi mogą być przyznane po wykorzystaniu przez Osobę możliwości uzyskania dostępu do świadczeń ustawowo zabezpieczonych z innych systemów (ochrony zdrowia, oświaty i innych podmiotów).
3. Wymiar i zakres usług, o których mowa w § 4 uzależniony jest od stanu zdrowia Osoby, jej sytuacji rodzinnej i materialnej, sprawności psychofizycznej i zdolności zaspokajania szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, jak również możliwości wsparcia i udzielenia pomocy ze strony rodziny i środowiska, oraz możliwości kadrowych Ośrodka.

#### **§ 6.**

1. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone są od poniedziałku do piątku w dni pracy Ośrodka przez osoby zatrudnione w MOPS w formie umowy o pracę.
2. Usługi o których mowa w ust. 1 mogą być wykonywane również przez osoby fizyczne, którym MOPS zleci realizację usługi na podstawie umowy cywilno-prawnej, również w innych dniach niż dni pracy Ośrodka.
3. Usługi opiekuńcze w formie sąsiedzkiej usługi opiekuńczej świadczone są przez osoby fizyczne, którym MOPS zleci ich realizację na podstawie stosownej umowy, przez 7 dni w tygodniu, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb osoby niesamodzielnej, nie więcej jednak niż 20 godzin miesięcznie. W nagłych wypadkach usługi mogą być świadczone w nocy (nagle zachorowanie lub złe samopoczucie).
4. Realizacja usług odbywa się w miejscu zamieszkania Osoby i w jej najbliższym otoczeniu na terenie miasta Stalowej Woli.
5. W uzasadnionych przypadkach usługi mogą być świadczone w miejscu czasowego pobytu osoby na terenie miasta Stalowej Woli, w szczególności w miejscu zamieszkania członka rodziny, u którego Osoba przebywa czasowo lub innym miejscu w zakresie, dostosowanym do aktualnych potrzeb.

### **IV. Zakres rzeczowy usług opiekuńczych**

#### **§ 7.**

Katalog usług opiekuńczych, w zależności od sytuacji rodzinnej i możliwości własnych Osoby, obejmuje w szczególności:

- 1) pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych, w tym:
  - a) czynności żywieniowe:

- przygotowanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety,
  - pomoc przy przygotowywaniu posiłków,
  - dostarczenie gotowych posiłków,
  - pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie osoby starszej, o ile wymaga tego jej stan zdrowia;
- b) czynności gospodarcze:
- przynoszenie opału, palenie w piecu,
  - utrzymywanie w czystości najbliższego otoczenia osoby (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych<sup>3</sup>), wynoszenie śmieci, odkurzanie i wycieranie kurzu (wg potrzeb, minimum 1 raz w tygodniu), zmywanie podłogi mopem, mycie okien, w tym zmiana firan i zasłon ( 2 x w roku, w sprzyjających warunkach pogodowych),
  - utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych,
  - pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej, niezbędną prasowanie,
  - robienie zakupów;
- 2) opiekę higieniczną:
- 1) toaleta podopiecznego (mycie ciała, mycie głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów, pomoc przy kąpieli, golenie, higiena paznokci rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych),
  - 2) pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
  - 3) prześcielenie łóżka,
  - 4) pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzenie do toalety lub zakładanie i zmiana pieluch-majtek z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń),
  - 5) wykonywanie czynności pielęgnacyjnych (układanie chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała, podawanie leków, stosowanie okładów i kompresów, oklepywanie, mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, wykonywanie inhalacji - z wykorzystaniem własnego sprzętu medycznego Osoby);
- 3) czynności organizacyjne:
- a) zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów medycznych,
  - b) realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu),
  - c) załatwianie w razie potrzeby spraw urzędowych (lub towarzyszenie przy ich załatwianiu),
  - d) pomoc w czynnościach regulowania opłat,
  - e) zgłaszanie do naprawy urządzeń i instalacji domowych;
- 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem:
- a) pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań,
  - b) dostarczanie prasy i książek – (stosownie do potrzeb i możliwości osoby),
  - c) pomoc w organizowaniu czasu wolnego oraz w kontaktach z najbliższym otoczeniem i środowiskiem lokalnym (w tym towarzyszenie podczas spacerów),

---

<sup>3</sup> Ciężkie prace porządkowe obejmują: odśnieżanie, mycie klatki schodowej, gruntowne sprzątanie mieszkania (w tym po remontach), trzepanie i pranie dywanów oraz chodników, mycie drzwi i framug, mycie lamp i żyrandoli, sprzątanie przynależnych pomieszczeń użytkowych, ogródków.

- d) pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych,
- e) pomoc w dotarciu i w powrocie do/z ośrodków wsparcia.

## § 8.

Zakres sąsiedzkich usług opiekuńczych obejmuje wspieranie i pomoc w podstawowych czynnościach domowych i życiowych, w szczególności:

- 1) pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów;
- 2) pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków;
- 3) pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym;
- 4) pomoc w praniu odzieży i bielizny;
- 5) pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów, w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą, towarzyszenie na spacerach;
- 6) informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych;
- 7) odwiedziny w szpitalu;
- 8) sprawdzanie użytkowania bransoletki/opaski życia oraz udzielenie porad ( m.in. wymiana baterii), w sytuacji gdy Osoba taką bransoletkę/opaskę życia posiada.

## V. Zakres rzeczowy usług specjalistycznych

### § 9.

- 1. Zakres usług specjalistycznych, w tym usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, reguluje Rozporządzenie RM i obejmuje: pomoc i asystowanie w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych oraz trenowaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego zaspokajania potrzeb bytowych, wspólnym organizowaniu i spędzanie czasu, korzystaniu z usług różnych instytucji, pomocy w załatwianiu spraw urzędowych, pomocy i wspieraniu w uzyskaniu zatrudnienia, wsparcie i interwencje psychospołeczne, rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, wsparcie psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego.
- 2. Specjalistyczne usługi wykonywane przez specjalistów posiadających odpowiednio kwalifikacje w zawodzie psycholog, rehabilitant /fizjoterapeuta, asystent osoby niepełnosprawnej obejmują w szczególności:
  - 1) usługa poradnictwa psychologicznego:
    - a) identyfikację problemów z którymi świadczeniobiorca sobie nie radzi;
    - b) określenie czynników podtrzymujących istnienie problemu oraz zdefiniowanie trudności z jego rozwiązaniem;
    - c) wspólne z świadczeniobiorcą poszukiwanie sposobów rozwiązania problemów, podjęcia właściwych decyzji, a także unikania w przyszłości działań, które prowadzą do problematycznej sytuacji życiowej;
    - d) wsparcie świadczeniobiorcy w sytuacjach kryzysowych, wsparcie emocjonalne;
    - e) wzmacnianie świadczeniobiorcy w realizacji podjętych zmian;
    - f) konsultacje i poradnictwo z zakresu profilaktyki zdrowia psychofizycznego;
  - 2) usługa rehabilitacyjna polega na motywowaniu, i skoordynowaniu ćwiczeń, które Osoba

powinna wykonywać samodzielnie w warunkach domowych, oraz wspomaganie w ich wykonywaniu;

- 3) usługa asystencka obejmuje wspieranie osób z niepełnosprawnościami w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania:
- a) społecznego, np.: wsparcie w przemieszczaniu się m.in. do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach, spędzanie czasu wolnego, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, tłumaczenie na język migowy;
  - b) zawodowego, np.: wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędu pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach;
  - c) edukacyjnego, np.: wsparcie w przemieszczaniu się do szkół i placówek oświatowych oraz na ich terenie, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych w procesie uczenia się gromadzenie materiałów, korzystanie z bibliotek;
  - d) w zależności od potrzeb osoby z niepełnosprawnościami, usługa asystencka może obejmować również opiekę higieniczną oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych.

## VI. Zasady ustalenie zasadności i zakresu przyznania usług

### § 10.

1. Usługi opiekuńcze przyznaje się na wniosek i za zgodą Osoby, której usługi mają być świadczone.
2. Zgłoszenia w sprawie przyznania usług może dokonać Osoba bezpośrednio zainteresowana lub jej rodzina, jej przedstawiciel ustawowy lub inna osoba lub instytucja, na podstawie:
  - a) pisemnego wniosku<sup>4</sup> o przyznanie usług opiekuńczych;
  - b) mailowego zgłoszenia potrzeby udzielenia pomocy;
  - c) ustnego/telefonicznego zgłoszenia.
3. Dokumentacja istotna z punktu widzenia określenia zasadności przyznania określonego rodzaju usług oraz ich zakresu<sup>5</sup>, obejmuje w szczególności:
  - a) **zaświadczenie lekarskie** wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zawierające zalecenia dotyczące pielęgnacji i pomocy innym osobom w zaspokajaniu codziennych potrzeb, usprawniania zaburzonych funkcji organizmu (optymalny wzór zaświadczenia stanowi **Załącznik Nr 1**)lub
  - b) w przypadku usług specjalistycznych, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi, **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia Osoby, **potwierdzające konieczność świadczenia usług specjalistycznych** w miejscu zamieszkania - zawierające zalecenia dotyczące pielęgnacji i pomocy innym osobom w zaspokajaniu codziennych potrzeb, usprawniania zaburzonych funkcji organizmu, rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii

<sup>4</sup> Wzór wniosku znajduje się na stronie MOPS: [www..mops-stalwol.pl](http://www..mops-stalwol.pl).

<sup>5</sup> Z wyłączeniem sytuacji, kiedy wymieniona dokumentacja została skompletowana przy wcześniejszym korzystaniu z usług MOPS i nadal pozostaje aktualna.

(optymalny wzór zaświadczenia stanowi odpowiednio **Załącznik Nr 1a** lub **Załącznik Nr 1b**),

Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez okres 2 lat

- c) w przypadku złożonego wniosku w sprawie usług Asystenta osoby niepełnosprawnej - kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub odpowiednio I-ej / II-ej grupie inwalidztwa lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji / częściowej niezdolności do pracy,

## § 11.

Do obowiązków pracownika socjalnego przy ustalenia zakresu usług należy:

- 1) przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania lub pobytu Osoby:
  - a) w sprawach wymagających niezwłocznego udzielenia pomocy pracownik socjalny przeprowadza wywiad w terminie do 2 dni roboczych, w pozostałych przypadkach - do 14 dni roboczych od daty powzięcia informacji o potrzebie udzielenia pomocy;
  - b) w przypadku zgłoszenia konieczności zapewnienia Osobie usług opiekuńczych/usług specjalistycznych niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, wywiad przeprowadza się w warunkach szpitalnych, w kontakcie bezpośrednim lub telefonicznym.
- 2) udzielenie Osobie ubiegającej się o przyznanie usług wyczerpującej informacji na temat zasad przyznawania i ponoszenia odpłatności za usługi;
- 3) skompletowanie dokumentacji istotnej z punktu widzenia określenia zasadności przyznania określonego rodzaju usług oraz ich zakresu<sup>6</sup>, przeprowadzona przez pracownika socjalnego odpowiednio:
  - a) do przyznania usług opiekuńczych „Ocena sprawności psychofizycznej i zdolności do samoobsługi” (wzór stanowi **Załącznik nr 2**)
  - b) do przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych „Ocena sprawności psychofizycznej i zdolności zaspokajania szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności” (wzór stanowi **Załącznik Nr 2 a**)

Ocena sprawności –Załącznik Nr 2 i 2A- ważna jest przez okres 2 lat lub może być przeprowadzona ponownie w okresie krótszym niż 2 lata w sytuacji zmiany zakresu usług z uwagi na zmianę sprawności Osoby i jej zdolności do samoobsługi.

  - c) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu Osoby i rodziny wspólnie gospodarującej, o których mowa w art. 8 i art.107 ust. 5 b) uops;
  - d) oświadczenie o stanie majątkowym;
  - e) inne dokumenty wynikające z art. 107 ust.5 b) uops;
- 4) przeprowadzenie, analizy i oceny sytuacji życiowej członków rodziny, w zakresie możliwości udzielenia pomocy (finansowej, w naturze lub usługowej) w codziennym funkcjonowaniu Osoby w drodze dodatkowego postępowania u osób zobowiązanych do alimentacji, odpowiednio na podstawie części II lub III wywiadu środowiskowego<sup>7</sup>:
  - a) w przypadkach szczególnie uzasadnionych tj. gdy osoba powinna zostać niezwłocznie objęta formą pomocy usługowej ze względu na sytuację zdrowotną lub społeczną,

<sup>6</sup> Z wyłączeniem sytuacji, kiedy wymieniona dokumentacja została skompletowana przy wcześniejszym korzystaniu z usług MOPS i nadal pozostaje aktualna.

<sup>7</sup> Z wyłączeniem sytuacji, w której posiadamy aktualny wywiad u osób zobowiązanych.

wywiad środowiskowy u osób zobowiązanych do alimentacji może być przeprowadzony w terminie późniejszym,

- b) w przypadku dobrowolnego zobowiązania się do świadczenia pomocy przez członków rodziny (małżonka, zstępnych lub wstępnych) na rzecz Osoby ubiegającej się o usługi, pracownik socjalny ustala rodzaj i zakres świadczonej przez nich pomocy (pieniężnej, w naturze), która zostanie zawarta w umowie, o której mowa w art.103 ust. 1 Ustawy.
- c) w przypadku dobrowolnego zobowiązania się do świadczenia pomocy w formie usługowej przez członków rodziny (małżonka, zstępnych, wstępnych) na rzecz Osoby ubiegającej się o usługi, pracownik socjalny ustala rodzaj i zakres świadczonej przez nich pomocy, który zostanie zawarty w Załączniku Nr 3 do Procedury - Zakres udzielenia pomocy usługowej przez osoby spokrewnione.

## § 12.

1. Pracownik socjalny dokonuje analizy sytuacji rodzinnej i zdrowotnej Osoby ubiegającej się o przyznanie usług, ze szczególnym uwzględnieniem:
  - a) oceny sytuacji życiowej i możliwości wykorzystania przez Osobę własnych zasobów i uprawnień;
  - b) oceny sytuacji rodzinnej pod kątem możliwości i zakresu zapewnienia Osobie pomocy usługowej, pieniężnej lub w naturze przez rodzinę;
  - c) dostępności do świadczeń ustawowo zabezpieczonych z innych systemów ochrony zdrowia, oświaty i innych podmiotów, w tym rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, wsparcia psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego.
2. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku o przyznanie usług, w planie pomocy wywiadu środowiskowego pracownik socjalny określa:
  - a) wymiar usług ( ilość godzin dziennie, ilość dni świadczenia usług w tygodniu),
  - b) czasokres świadczenia usług,
  - c) przy pierwszorazowo złożonym wniosku usługi przyznawane są na okres nie dłuższy niż trzy miesiące.
3. Przy ustalaniu wymiaru godzin i zakresu świadczonych usług pracownik socjalny uwzględnia w szczególności:
  - a) rodzaj schorzenia i sprawność fizyczną Osoby,
  - b) sytuację rodzinną i materialną Osoby,
  - c) uwarunkowania środowiskowe Osoby (w tym miejsce i warunki zamieszkania),
  - d) wydolność opiekuńczą rodziny Osoby,
  - e) ustalony w dobrowolnej umowie z małżonkiem, zstępnymi lub wstępnymi rodzaj i zakres świadczonej przez nich pomocy usługowej na rzecz Osoby,
  - f) dostępność do świadczeń ustawowo zabezpieczonych z innych systemów ochrony zdrowia, oświaty i innych podmiotów.
4. Organizacja świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych powinna zakładać możliwie jak najwyższą partycypację osoby objętej usługami w wykonywanie poszczególnych czynności (charakter wspierająco - aktywizujący usługi, a nie wyręczający) oraz ścisłą współpracę w realizacji usług z najbliższym otoczeniem tej osoby, zgodnie z zasadą pomocniczości.



## § 13.

1. Ostatecznym rozstrzygnięciem wniosku w sprawie usług opiekuńczych/usług specjalistycznych jest decyzja administracyjna wydana przez Dyrektora MOPS, działającego z upoważnienia Prezydenta Miasta Stalowej Woli lub inną upoważnioną osobę.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach np. nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub w sytuacji konieczności objęcia Osoby usługą w trybie pilnym, usługa następuje niezwłocznie po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, a wydanie decyzji administracyjnej o przyznaniu usług oraz decyzji ustalającej odpłatność może nastąpić po rozpoczęciu usług nie później jednak niż w terminie 10 dni od dnia rozpoczęcia usługi.
3. Decyzja dotycząca przyznania pomocy w formie usług zawiera:
  - a) wymiar czasowy i zakres świadczonych usług,
  - b) wysokość odpłatności za usługi, ustalonej w zależności od rodzaju usług na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa,
  - c) zasady częściowego lub całkowitego zwolnienia z odpłatności za świadczone usługi oraz tryb ich pobierania.

## VII. Obowiązki osób świadczących usługi

### § 14.

1. Przed rozpoczęciem usług w danym środowisku Osoba świadcząca usługi otrzymuje od koordynatora UO informację wynikającą z decyzji administracyjnej dotyczącą wymiaru i zakresu usług.
2. Osoba wykonująca usługi zobowiązana jest do:
  - 1) zachowania tajemnicy służbowej w zakresie informacji uzyskanych na temat osoby objętej usługami (w szczególności dotyczących sytuacji życiowej i materialnej oraz stanu zdrowia) i osób stanowiących jej najbliższe otoczenie;
  - 2) świadczenia usług sumiennie i starannie, w wymiarze i zakresie określonym przez MOPS;
  - 3) stosowania zasady wspomagania Osoby w wykonywaniu czynności, aktywizowania jej natomiast wyłączenia jedynie w sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia;
  - 4) dbałości o dobro Osoby, w tym o jej bezpieczeństwo oraz o mienie, w szczególności poprzez przestrzeganie zakazu wprowadzania nieupoważnionych osób trzecich do jej mieszkania, a także udostępniania osobom nieupoważnionym kluczy do mieszkania powierzonych realizatorowi usług w związku z organizacją świadczenia usług opiekuńczych;
  - 5) przestrzegania zasad współżycia społecznego w kontaktach z osobą objętą usługami oraz osobami z jej najbliższego otoczenia, w tym stosowania zwrotów grzecznościowych, o ile osoby te nie wyraziły woli zwracania się do nich w inny sposób,
  - 6) przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych,
  - 7) posiadania i okazywania podczas wykonywania obowiązków służbowych identyfikatora<sup>8</sup> oraz urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość,

---

<sup>8</sup> Wzór identyfikatora stanowi Załącznik Nr 2 do Zarządzenie Nr 57/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia wzorów identyfikatorów dla pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli

- 8) niezwłocznego informowania swojego przełożonego o:
  - a) braku możliwości stawienia się do pracy i świadczenia usług (np. z powodu choroby);
  - b) braku możliwości wejścia do mieszkania Osoby;
  - c) konieczności czasowego zawieszenia lub ograniczenia świadczenia usług ze względu na specyficzną sytuację Osoby (np. pobyt w szpitalu, wyjazd, sprawowanie opieki przez inną osobę);
  - d) wszelkich niepokojących sygnałów dotyczących Osoby, a także o zauważonych usterkach oraz awariach urządzeń i instalacji domowych;
- 9) rzetelnego i terminowego rozliczania się z pieniędzy otrzymanych od Osoby z przeznaczeniem na dokonanie zakupów, realizację recept lub opłacenie rachunków (rozliczenie w tym samym dniu na podstawie paragonów lub potwierdzeń zapłaty);
- 10) nie obarczania Osoby osobistymi problemami, w tym przestrzegania zasady nie pożyczania od niej środków pieniężnych;
- 11) szanowania woli Osoby w zakresie sposobu wykonywania konkretnych czynności usługowych, jeśli nie kolidują one z ogólnie przyjętymi normami i obecnymi standardami życia;
- 12) dokumentowania na bieżąco wykonania czynności opiekuńczych na **Karcie czasu pracy osoby świadczącej usługi**, której wzór stanowi **Załącznik Nr 4** i odpowiednio **Miesięczna czas pracy** (odpowiednio do rodzaju specjalistycznych usług opiekuńczych), której wzór stanowi **Załącznik Nr 4A**, **Miesięczna karta realizowanych sąsiedzkich usług opiekuńczych**, której wzór stanowi **Załącznik Nr 4B**;
- 13) potwierdzonych podpisem Osoby lub innej osoby upoważnionej;
- 14) przedkładanie wymienionych w pkt. 12 Kart pracy koordynatorowi UO, w terminie ustalonym przez koordynatora;
- 15) współpracy z pracownikiem socjalnym i pielęgniarką środowiskową przy opracowaniu i realizacji indywidualnego planu pracy z osobą objętą usługami;
- 16) przestrzegania drogi służbowej przy załatwianiu wszelkich spraw związanych z wykonywaną pracą;
- 17) ustawicznego podnoszenia wiedzy i doskonalenia umiejętności w wykonywanym zawodzie.

## § 15.

Opiekun/ka postępuje zgodnie z Kodeksem etyki, obowiązującym w MOPS, kierując się zasadami:

- 1) praworządności;
- 2) bezstronności i bezinteresowności;
- 3) obiektywizmu;
- 4) uczciwości i rzetelności;
- 5) odpowiedzialności;
- 6) godnego zachowania w miejscu świadczenia usług i poza nim;
- 7) uprzejmości i życzliwości w kontaktach z osobami na rzecz których usługi są świadczone i ich rodzinami.

## § 16.

Opiekun/ka ma prawo odmówić wykonania czynności:

- 1) zagrażających jej zdrowiu np. dźwigania podopiecznego unieruchomionego przy przemieszczaniu go z łóżka na fotel, jeżeli jest sama i nie może skorzystać z pomocy innych osób oraz nie dysponuje sprzętem wspomagającym,
- 2) niezgodnych z zakresem określonych czynności w decyzji administracyjnej,
- 3) niezgodnych z etyką zawodową.

## VIII. Monitoring i ewaluacja realizacji usług

### § 17.

1. Monitoring i ewaluacja jest działaniem obowiązkowym, zaplanowanym, przeprowadzonym w oparciu o współpracę pracownika socjalnego z koordynatorem UO.
2. Monitoring i ewaluacja usług ma na celu:
  - a) ocenę skuteczności oraz trwałości efektów zrealizowanych usług,
  - b) potwierdzenie faktu, iż zakres realizowanych usług jest wystarczający,
  - c) wdrażanie zmian w realizacji usług u danej Osoby objętej pomocą w związku z wynikami okresowego monitoringu.
3. Monitorowanie i ewaluacja realizowanych usług odbywa się poprzez:
  - a) bieżącą wymianę informacji pomiędzy pracownikiem socjalnym, Osobą i jej rodziną oraz Opiekunką/Opiekunem,
  - b) nadzór nad realizacją usług w środowisku przez koordynatora UO, zgodnie z zakresem usług określonym w decyzji administracyjnej, nie rzadziej niż 1 raz na 6 miesięcy, w oparciu o Protokół z przeprowadzonej kontroli realizacji usług opiekuńczych, którego wzór stanowi Załącznik Nr 5,
  - c) analizę i sprawdzanie terminowości realizacji usług, przez koordynatora UO, w oparciu o przedłożoną przez Opiekunkę/Opiekuna Kartę pracy osoby świadczącej usługi, odpowiednio wg wzorów określonych w Załącznikach Nr 4 i 4A i 4B, w terminie 5 dni roboczych po zakończonym miesiącu świadczenia usług,
  - d) analizę skuteczności realizacji usług opiekuńczych przez pracownika socjalnego i koordynatora UO zawartej w rodzinnym wywiadzie środowiskowym w dziale: Plan pomocy i działań na rzecz osoby lub rodziny –praca socjalna
4. Wyniki monitoringu/ewaluacji pracownik socjalny przedstawia Osobie i jej rodzinie, a koordynator UO Opiekunowi/Opiekunce oraz kierownikowi Działu Usług.
5. Wdrożenie zmian wynikających z monitoringu i ewaluacji realizacji usług opiekuńczych, objętych zakresem decyzji administracyjnej, wymaga dokonania aktualizacji rodzinnego wywiadu środowiskowego i weryfikacji Oceny sprawności psychofizycznej i zdolności do samoobsługi.
6. Dla uzyskania pełnej obiektywnej informacji dotyczącej realizowanych usług opiekuńczych Kierownik Działu Usług może korzystać z wyników przeprowadzonej „Ankiety monitorującej” usługi świadczone przez MOPS wypełnianej anonimowo przez Osobę korzystającą z usług, lub inną osobę wskazaną przez tą Osobę i przy jej udziale. Wzór „Ankiety monitorującej” stanowi **Załącznik nr 6**,

## **XI. Wykaz załączników do procedury**

### **§ 18.**

1. Zaświadczenie lekarskie dot. przyznania usług opiekuńczych – **Załącznik Nr 1**
2. Zaświadczenie lekarskie dot. przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania – **Załącznik Nr 1 A**
3. Zaświadczenie lekarskie dot. świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi – **Załącznik Nr 1 B**
4. Ocena sprawności psychofizycznej i zdolności do samoobsługi – **Załącznik Nr 2**
5. Ocena sprawności psychofizycznej i zdolności zaspokajania szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności – **Załącznik Nr 2 A**
6. Zakres udzielenia pomocy usługowej przez osoby spokrewnione -**Załącznik Nr 3**
7. Karta czasu pracy osoby świadczącej usługi - **Załącznik Nr 4,**
8. Miesięczna karta pracy - **Załącznik Nr 4A**
9. Miesięczna karta realizowanych sąsiedzkich usług opiekuńczych – **Załącznik Nr 4B**
10. Protokół z przeprowadzonej kontroli realizacji usług opiekuńczych - **Załącznik Nr 5,**
11. Ankieta monitorująca– **Załącznik Nr 6**

*Piotr Pierścionek*

.....  
Dyrektor MOPS

**Załącznik nr 1 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

Stalowa Wola, dnia .....20..... r.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane celem przyznania usług opiekuńczych realizowanych przez  
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Wiek: ..... lat

Adres zamieszkania: Stalowa Wola ul. ....

Diagnoza - rozpoznanie: .....

Konieczność stosowania diety:

[ ] nie [ ] tak -jakiej .....

Zdolność pacjenta do poruszania się  
po mieszkaniu:

- zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
- niezdolny do poruszania się

w środowisku:

- zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
- niezdolny do poruszania się

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

- układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała,
- podawanie leków,
- pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo - smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów,
- mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia,
- oklepywanie,
- inhalacje.

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej:

Pieczęć i podpis lekarza:

.....

.....

**Zgodnie art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:**

**1) Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie, która z powodu wieku choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona.**

**2) Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.**

**3) Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.**

*Załącznik Nr 1 A do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

.....  
pieczętka zakładu  
opieki zdrowotnej

....., dnia  
(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o konieczności przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych  
w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

**I. Imię i nazwisko**

.....

Adres zamieszkania .....

data urodzenia ..... jest pacjentem poradni od .....

z powodu (diagnoza, rozpoznanie) .....

.....

**II. Pacjent korzysta z zajęć w ramach innych systemów wsparcia (nazwa placówki - rodzaj i ilość godzin zajęć w ramach innych systemów )**

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

**III. Ze względu na schorzenia dodatkowo\*  wymaga  nie wymaga pomocy w formie**

specjalistycznych usług opiekuńczych w tym  dla osób z zaburzeniami psychicznymi

w wymiarze:

liczba godzin .....w tygodniu/ miesięcznie , w szczególności

w zakresie min.:

uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia

wspieranie procesu leczenia

usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego),

inne czynności zalecone przez lekarza

.....

.....

**IV. Czy ze strony pacjenta w przeszłości były zachowania zagrażające zdrowiu i życiu pacjenta**

lub innych osób \*:  tak  nie

      podać jakie .....

Czy pacjent nadużywa alkoholu lub innych środków uzależniających\*:  tak  nie

      jeżeli tak podać od jakich środków .....

**V. Inne ważne informacje i uwagi .....**

.....

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* *zaznaczyć jeśli dotyczy*

Miejski Ośrodek pomocy Społecznej w Stalowej Woli świadczy specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Polityki Socjalnej z dnia 22 września 2005 r. z późniejszymi zmianami.

**Świadczenia, które ustawowo zabezpieczane są w ramach innych systemów, w tym ochrony zdrowia, nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej.** Sposób realizacji świadczeń w ramach innych systemów określają między innymi rozporządzenia wykonawcze a także art.5, 5a i 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Zadaniem usług jest przede wszystkim stymulacja własnej aktywności i wspieranie samodzielności pacjenta - rehabilitacja, trening umiejętności życiowych. Jedynie u chorych somatycznie lub w podeszłym wieku z przeciwwskazaniami lekarskimi do wysiłku, świadczenie może polegać na wykonywaniu za pacjenta codziennych czynności.

Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej **ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.**

*Załącznik Nr 1 B do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

....., dnia  
pieczęć zakładu  
opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

data urodzenia ..... jest pacjentem .....  
(nazwa instytucji)

Od ..... z powodu (diagnoza, rozpoznanie) .....

**I. Pacjent korzysta z zajęć w ramach innych systemów wsparcia (nazwa placówki - rodzaj i ilość godzin zajęć w ramach innych systemów) , tj.:**

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

**II. Ze względu na stan zdrowia dziecka konieczne jest zapewnienie** dodatkowo dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze ..... godzin miesięcznie, przez okres od ..... do ....., zgodnie z § 2 pkt.1 lit. a, pkt. 3 i 5 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22.09.2005 r. (Dz. U. Nr 189, poz.1598), w szczególności w zakresie :

a) usprawnienie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, szczególnie zlecane przez lekarza .....

.....  
.....

.....w wymiarze ..... godzin miesięcznie



b) zajęcia rehabilitacyjne w wymiarze .....godz. miesięcznie

c) zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze w wymiarze..... godz. miesięcznie

Dodatkowe informacje o pacjencie i wskazania istotne przy opracowaniu planu zajęć z dzieckiem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.**

*Miejski Ośrodek pomocy Społecznej w Stalowej Woli świadczy specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności w zakresie określonym w § 2 pkt.1 lit. a, pkt. 3 i 5 rozporządzenia Ministra Polityki Socjalnej z dnia 22 września 2005 r. z późniejszymi zmianami w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.*

*Zadaniem usług jest przede wszystkim stymulacja własnej aktywności i wspieranie samodzielności pacjenta - rehabilitacja, trening umiejętności życiowych oraz zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.*

***Świadczenia, które są ustawowo zagwarantowane i zabezpieczane w ramach innych systemów (oświaty, ochrony zdrowia) nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej.***

***Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.***

*Załącznik Nr 2 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

**OCENA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ I ZDOLNOŚCI DO SAMOBSŁUGI**

(do ustalenia indywidualnego zakresu usług opiekuńczych)

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania: Stalowa Wola ul.** .....

- Sytuacja rodzinna:  osoba samotna /samotnie zamieszkująca  
 osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą oddzielnie na terenie miasta  
 osoba zamieszkująca z rodziną

- Sytuacja zdrowotna:  osoba poruszająca się samodzielnie  
 osoba poruszająca się z pomocą innych  
 osoba niezdolna do poruszania się

**Cz. I. Ocena możliwości zaspokajania potrzeb.**

Lp.	RODZAJE USŁUG	ZDOLNOŚĆ DO ZASPOKAJANIA POTRZEB				
<b>I</b>	<b>Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych</b>					
1.	<b>Czynności żywieniowe:</b>	samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, kogo**	wygam pomocy opiekunki MOPS w wymiarze***
	przygotowywanie posiłków ( w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia z uwzględnieniem zalecanej diety					
	pomoc przy przygotowywaniu posiłków					
	dostarczenie gotowych posiłków					
	pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, o ile					

	wymaga tego jej stan zdrowia					
	inne czynności wymagające pomocy (wskazać w jakim zakresie i przez kogo)					
2.	<b>Czynności gospodarcze:</b>	samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, (kogo)**	wymagam pomocy opiekunki MOPS w wymiarze***
	przynoszenie opału, palenie w piecu					
	- Sprzątanie pomieszczeń użytkowanych przez osobę - utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby****					
	Utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych					
	pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej, niezbędne prasowanie					
	robienie zakupów w obrębie miejsca zamieszkania					
	inne czynności wymagające pomocy (wskazać w jakim zakresie i przez kogo)					
3.	<b>Czynności organizacyjne:</b>	samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, (kogo)**	wymagam pomocy opiekunki/na MOPS w wymiarze***
	ustalenie i/lub towarzyszenie podczas wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych					
	realizacja recept					
	załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach					

	pomoc w czynnościach regulowania opłat;					
	pomoc w organizacji czasu wolnego					
	zgłaszanie do naprawy urządzeń i instalacji domowych					
	Inne czynności wymagające pomocy (wskazać w jakim zakresie i przez kogo)					
<b>II</b>	<b>Opieka higieniczna</b>					
1.	Utrzymanie higieny osobistej,  w tym:	samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, kogo**	wymagam pomocy opiekunki/na MOPS w wymiarze***
	mycie ciała, mycie głowy, kąpiel					
	czesanie					
	obcinanie paznokci					
	golenie					
	pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych					
	układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji					
	zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzenia					
	zmiana pieluch/majtek					
	czyszczenie protez zębowych					
2.	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej					
3.	Słanie łóżka					
4.	Inne czynności wymagające pomocy (wskazać w jakim zakresie i przez kogo)					
<b>III</b>	<b>Pielęgnacja zalecona przez lekarza</b>					
1.	Czynności pielęgnacyjne:	Samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, wskazać kogo**	Wymaga pomocy opiekunki

						MOPS w wymiarze***
	oklepywanie					
	stosowanie okładów i/lub kompresów					
	zmiana drobnych opatrunków					
	podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą, wziewną (inhalacje) lub przez skórę (nacieranie)					
	mierzenie temperatury, ciśnienia					
	inne czynności wynikające z zaleceń lekarskich					
<b>IV</b>	<b>Zapewnienie kontaktów z otoczeniem</b>					
	Rodzaj aktywności:	Samodzielnie*	z trudem*	nie*	z pomocą innych osób, kogo**	wygam pomocy opiekunki/na MOPS w wymiarze***
1.	Inicjowanie oraz ułatwianie kontaktu z rodziną i/lub środowiskiem lokalnym					
2.	Organizowanie wyjść z miejsca zamieszkania- spaceru na świeżym powietrzu					
3.	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych					
4.	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych					
5.	Inne czynności wymagające pomocy (wskazać w jakim zakresie i przez kogo)					
<b>V</b>	<b>Uzgodnienia wymiaru usług</b>	Ilość godzin:			Ilość wejść w tygodniu:	

\* zaznaczyć X

- \*\* wymienić
- \*\*\* ile razy, jak często
- \*\*\*\* właściwe podkreślić

Oczekiwania strony dotyczące formy usług tj. zwykłe czy sąsiedzkie

Dodatkowe uwagi .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

**Cz. II . Uzgodnienia wymiaru czasowego usług oraz odpłatności:**

- Wyrażam zgodę na ustalony z pracownikiem socjalnym zakres usług.
- Ilość godzin .....
- Ilość wejść w środowisko w ciągu tygodnia .....
- Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności .

**\* zaznaczyć X**

Stalowa Wola dn.....

.....  
( podpis osoby)

.....  
(data pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

*Załącznik Nr 2 A do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

**OCENA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ I ZDOLNOŚCI ZASPOKAJANIA SZCZEGÓLNYCH  
POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z RODAJU SCHORZENIA LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
(do ustalenia indywidualnego zakresu specjalistycznych usług opiekuńczych)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania: Stalowa Wola ul. ....

- Sytuacja rodzinna:  osoba samotna /samotnie zamieszkująca  
 osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą oddzielnie na terenie miasta  
 osoba zamieszkująca z rodziną

- Sytuacja zdrowotna:  osoba poruszająca się samodzielnie  
 osoba poruszająca się z pomocą innych  
 osoba niezdolna do poruszania się

**Cz. I. Ocena możliwości zaspakajania potrzeb – obszary wsparcia**

Lp.	RODZAJE USŁUG	ZDOLNOŚĆ DO ZASPOKAJANIA POTRZEB		
<b>I</b>	<b>Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia</b>			
1.	<b>Kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
	Motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji			
	Prowadzenie treningów samoobsługi i umiejętności społecznych			
	Samoobsługa i wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu			
	Dbłość o higienę i wygląd			
	Utrzymanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną			

	Wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego			
	Korzystanie z usług różnych instytucji			
2.	<b>Interwencje i pomoc w życiu rodzinnym</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
	Pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych – poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne			
	Ułatwienie dostępu do edukacji i kultury			
	Doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług			
	Kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi			
	Współpraca z rodziną – kształtowanie odpowiednich podstaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej			
3.	<b>Pomoc w załatwieniu spraw urzędowych</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
	W uzyskaniu świadczeń emerytalno - rentowych			
	W wypełnianiu dokumentów urzędowych			
4.	<b>Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia w tym zwłaszcza:</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
	W szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia w szczególności uczestnictwo w zajęciach WPZ, ŚDS, CIS i KIS, Klubach pracy			
	W kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia			
	W przygotowywaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą			
	W rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku			
5.	<b>Pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
	Nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków			
	Pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach			
	Zwiększenie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienia finansowego			
II	<b>Pielęgnacja – jako wsparcie procesu leczenia</b>			
	<b>Rodzaj aktywności</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**



1.	Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych			
2.	Uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych			
3.	Pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptecce			
4.	Pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania			
5.	W szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych a także w utrzymaniu higieny			
6.	Pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia			
7.	Pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych			
III	<b>Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętych przepisami ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>			
	<b>Rodzaj aktywności</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
1.	Zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii			
2.	Współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno – terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług			
IV	<b>Pomoc mieszkaniowa , w tym</b>			
	<b>Rodzaj aktywności:</b>	wymaga*	nie wymaga*	z pomocą innych osób**
1.	W uzyskaniu/ zmianie mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat			
2.	W organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych			
3.	Kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu			
V	<b>Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do:</b>			
		wymaga*	nie wymaga*	
	Zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno wychowawczych w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć o których mowa w art. 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.			

\* zaznaczyć X

**\*\* wymienić**  
**\*\*\* ile razy, jak często**

### **Dodatkowe uwagi**

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

.....  
( data pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

### **Cz. II . Uzgodnienia wymiaru czasowego usług oraz odpłatności:**

- Rodzaj specjalistycznych usług opiekuńczych:.....
- Wyrażam zgodę na ustalony z pracownikiem socjalnym zakres usług.
- Ilość godzin .....
- Ilość wejść w środowisko w ciągu tygodnia .....
- Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności .

Stalowa Wola dn.....

.....  
(podpis osoby)

.....  
( data pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

*Załącznik Nr 3 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

## **ZAKRES UDZIELENIA POMOCY USŁUGOWEJ**

przez osoby spokrewnione

*(uzupełnienie do wywiadu część II lub III z Rozporządzenia Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego)*

na rzecz.....

przez.....

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

.....

(Adres zamieszkania, telefon)

1. Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego:

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

2. Pomoc w zaspokajaniu potrzeb żywieniowych:

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

3. Załatwianie spraw urzędowych w tym mieszkaniowych:

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

4. Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych (np.: uzgadnianie wizyt lekarskich i diagnostycznych, towarzyszenie w dotarciu do placówek służby zdrowia i rehabilitacyjnych

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

5. Zakres pomocy w czynnościach higienicznych:

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

6. Zakres pomocy w czynnościach opiekuńczo – pielęgnacyjnych:

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

7. Możliwości organizowania wolnego czasu i zapewnienia kontaktu z otoczeniem :

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

8. Możliwość organizowania opieki w przypadkach, gdy przyznane decyzją administracyjną usługi nie będą mogły być świadczone z przyczyny choroby lub urlopu osoby świadczącej usługi :

.....

Stalowa Wola, dnia.....

.....  
(podpis osoby świadczącej pomoc usługową)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)

**Załącznik Nr 4 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

**KARTA CZASU PRACY OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI .....**

(wpisać odpowiednio rodzaj usług)

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi .....

Osoba, u której świadczone są usługi:

Pan/Pani.....

Adres zamieszkania : Stalowa Wola ul. ....

od dnia ..... do dnia .....

liczba godzin .....

liczba dni w tygodniu.....

Data usług	Czas pracy (wpisać godziny od.. do...)	Podpis osoby

Data usług	Czas pracy (wpisać godziny od.. do...)	Podpis osoby

Potwierdzam wykonanie usług w miesiącu ..... w ilości ..... godzin.

.....  
(Data i podpis osoby świadczącej usługi)

Zatwierdzam rozliczenie usług

Uwagi: .....

.....  
(Data i podpis Koordynatora Usług Opiekuńczych)

**Załącznik nr 4A** do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

**MIESIĘCZNA KARTA PRACY** .....

(wpisać odpowiednio rodzaj usług specjalistycznych)

<b>DATA GODZINA</b>	<b>TREŚĆ ZAJĘCIA</b>	<b>Uwagi o przebiegu zajęć (osiągnięcia, trudności, wnioski – podpis prowadzącego zajęcia)</b>

.....  
(Data i podpis osoby świadczącej usługi)

Zatwierdzam rozliczenie usług

Uwagi: .....

.....

.....

.....  
Data i podpis Koordynatora Usług/Kierownika Działu Usług

*Załącznik Nr 4B do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

### Miesięczna karta realizowanych sąsiedzkich usług opiekuńczych

<b>Rok</b>	.....	Nazwisko i imię osoby świadczącej usługę:
<b>Miesiąc</b>	.....	Nazwisko i imię Świadczeniobiorcy:

Dzień m-ca	Rozpoczęcie usługi		Zakończenie usługi		Ilość godzin	Zakres realizowanej usługi	Podpis osoby świadczącej sąsiedzką usługę opiekuńczą
	Godzina	Podpis osoby wspieranej	Godzina	Podpis osoby wspieranej			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							

26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
				<b>Suma</b>			

Data i Podpis osoby świadczącej sąsiedzką usługę .....

Zatwierdzam rozliczenie usług

Uwagi: .....  
.....  
.....

.....  
Data i podpis Koordynatora Usług/Kierownika Działu Usług



*Załącznik nr 5 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

**PROTOKÓŁ**  
**z przeprowadzonej kontroli realizacji usług .....**

W dniu ..... przeprowadzono kontrolę realizacji usług przez Pana/Panią .....  
..... świadczonych

w miejscu zamieszkania/pobytu Pana/Pani.....

Stalowa Wola ul. ....

Zakres kontroli realizowanych usług ..... obejmuje:

- 1) rzetelność i jakość wykonywania usług,
- 2) efektywność wykonywanych usług,
- 3) przestrzeganie przepisów zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 4) dyscyplina pracy w środowisku wg godzinowego harmonogramu czasu pracy,
- 5) zgodność zakresu wykonywanych usług w odniesieniu do zakresu usług przyznanych decyzją administracyjną.

Wymiar świadczonych usług wg decyzji administracyjnej z dnia .....

nr .....: liczba godzin ..... / liczba dni

w tygodniu .....

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono :

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

.....  
( Podpis koordynatora UO)

W odniesieniu do zawartych w protokole ustaleń wnoszę następujące wyjaśnienia:

.....  
.....

Zapoznałem/łam się z wynikiem kontroli :

.....  
(Data i podpis Opiekuna/ki)

.....  
(Data i podpis kierownika Działu Usług)

*Załącznik nr 6 do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

## **ANKIETA MONITORUJĄCA**

*(wypełnia samodzielnie osoba starsza lub na jej prośbę pracownik monitorujący realizację usługi lub inny upoważniony pracownik MOPS)*

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety oceniającej realizowanie usług opiekuńczych organizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.

Wyniki ankiety posłużą do badań prowadzonych przez tut. Ośrodek w celu polepszenia jakości świadczonej pomocy.

**Dziękujemy**

**Płeć:**

- kobieta
- mężczyzna

**Grupa wiekowa:**

- do 50 lat
- powyżej 50 do 60 lat
- powyżej 60 do 70 lat
- powyżej 70 do 80 lat
- powyżej 80 do 90 lat
- powyżej 90 i więcej

**Od ilu lat Pani/Pan korzysta z usług opiekuńczych?**

.....

**Struktura gospodarstwa domowego:**

- osoba samotna (bez rodziny)
- osoba samotnie gospodarująca (posiada rodzinę wspólnie niezamieszkałą)
- osoba wspólnie zamieszkująca z rodziną

**Czy utrzymuje Pani/Pan kontakt z kimś z rodziny?**

- TAK
- NIE

**Z kim z rodziny utrzymuje Pani/Pan kontakt?**

- rodzice
- dzieci
- wnuki
- rodzeństwo
- dalsza rodzina jaka? .....
- nie dotyczy

**Czy utrzymuje Pani/Pan kontakt z kimś z poza rodziny?**

- TAK (z kim?) .....
- NIE

**Jak często korzysta Pani/Pan z pomocy pielęgniarstwa środowiskowego?**

- codziennie / kilka razy w tygodniu
- przynajmniej raz w tygodniu
- przynajmniej raz w miesiącu
- przynajmniej raz na pół roku
- nie korzystam z pomocy pielęgniarstwa środowiskowego

**W jakim zakresie jest Pani/Pan objęta/y usługą opiekuńczą?**

Lp.	Katalog świadczonych usług (według decyzji administracyjnej)	Proszę wybrać z wykazu		Czy jest Pani/Pan zadowolony ze świadczonych usług		
		TAK	NIE	TAK	NIE WIEM	NIE
I.	<b>Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych</b>					
1.	<b>Czynności żywieniowe:</b>					
a	przygotowywanie posiłków ( w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia z uwzględnieniem zalecanej diety					
b	pomoc przy przygotowywaniu posiłków					
c	dostarczenie gotowych posiłków					
d	pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, o ile wymaga tego jej stan zdrowia					
2.	<b>Czynności gospodarcze:</b>					
a	przynoszenie opału, palenie w piecu					
b	- Sprzątanie pomieszczeń użytkowanych przez osobę: wycieranie kurzu, odkurzanie, mycie podłóg, wynoszenie śmieci					
c	Utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych, urządzeń sanitarnych					
d	pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej, niezbędne prasowanie					
e	robienie zakupów w obrębie miejsca zamieszkania					
3.	<b>Czynności organizacyjne:</b>					
a	ustalanie i/lub towarzyszenie podczas wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych					
b	realizacja recept					
c	załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach					
d	pomoc w czynnościach regulowania opłat;					
e	zgłaszanie do naprawy urządzeń i instalacji domowych					
II.	<b>Opieka higieniczna</b>					
1.	<b>Utrzymanie higieny osobistej w tym:</b>					

a	mycie ciała, mycie głowy, kąpiel, golenie, czesanie, obcinanie paznokci					
b	pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych					
c	układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji, czyszczenie protez zębowych					
d	zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzenia, zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzenia					
e	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej					
f	Słanie łóżka					
III.	<b>Pielęgnacja zalecona przez lekarza</b>					
1.	<b>Czynności pielęgnacyjne:</b>					
a	Oklepywanie, stosowanie okładów i/lub kompresów					
b	zmiana drobnych opatrunków					
c	podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą, wziewną (inhalacje) lub przez skórę (nacieranie)					
d	mierzenie temperatury, ciśnienia					
2.	<b>Zapewnienie kontaktów z otoczeniem</b>					
a	Pomoc w organizacji czasu wolnego					
b	Inicjowanie oraz ułatwianie kontaktu z rodziną i/lub środowiskiem lokalnym					
c	Organizowanie wyjść z miejsca zamieszkania- spacerów na świeżym powietrzu					
d	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych					
e	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych					
IV.	<b>Inne czynności wymagające pomocy nie wskazane powyżej:</b>					

\*proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce

**Czy zakres świadczonych usług opiekuńczych jest dla Pani/Pana wystarczający?**

TAK

NIE

Jeżeli NIE, to proszę opisać:

- co jest niewystarczające:.....

.....

- jakiej usługi brakuje: .....

.....

**Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze jest:**

	<b>Tak</b>	<b>Raczej tak</b>	<b>Raczej nie</b>	<b>Nie</b>
--	------------	-------------------	-------------------	------------

<b>Punktualna</b>				
<b>Sumienna</b>				
<b>Profesjonalna / fachowa</b>				
<b>Kulturalna</b>				
<b>Pomocna</b>				

(proszę krzyżykiem zaznaczyć właściwe)

**Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze w pełni wykorzystuje czas na świadczenie tej usługi?**

- tak
- raczej tak
- raczej nie
- nie

**Czy wyraża Pani/Pana zastrzeżenia w stosunku do pracy osoby wykonującej usługi opiekuńcze?**

- TAK
- NIE

Jeżeli TAK to jakie? Proszę krótko opisać czego dotyczą zastrzeżenia.

.....

**Komu zgłaszała Pani/Pan zastrzeżenia do pracy osoby wykonującej usług opiekuńcze?**

- bezpośrednio opiekunce
- pracownikowi socjalnemu
- koordynatorowi usług
- kierownikowi Działu Usług
- Dyrektorowi MOPS
- Innej osobie, komu .....

**Czy Pani/Pana oczekiwania zostały uwzględnione podczas przyznawania usługi opiekuńczej?**

- tak
- raczej tak
- raczej nie
- nie

**Jak ocenia Pani/Pan kontakt z osobą nadzorującą pracę opiekunek / koordynatora usług:**

- bardzo dobrze
- dobrze
- średnio
- źle

**Czy ponosi Pani/Pan odpłatność za usługi opiekuńcze:**

- TAK
- NIE

Jeżeli TAK, proszę określić czy ponoszona odpłatność jest :

- zdecydowanie za wysoka
- raczej wysoka
- w sam raz
- raczej niska
- trudno powiedzieć

**Czy pracownicy świadczący usługę opiekuńczą stosują w stopniu wystarczającym środki ochrony indywidualnej (maseczki, rękawiczki, jednorazowe fartuchy itp.)?**

- tak
- raczej tak
- raczej nie
- nie

**Jak Pani/Pan ogólnie ocenia świadczoną usługę opiekuńczą?**

- bardzo dobrze
- dobrze
- średnio
- źle
- bardzo źle

**Czy poleciliby/łby Pani/Pan usługi opiekuńcze innej osobie potrzebującej?**

- tak
- raczej tak
- raczej nie
- nie

**Skąd dowiedziała się Pani/Pan o usługach opiekuńczych świadczonych przez MOPS?**

- rodzina
- sąsiedzi
- znajomi
- pracownik socjalny
- lokalna prasa
- informatory / ulotki
- strona internetowa
- lekarz / pielęgniarka
- inne – jakie? .....