# Załączniki

Załącznik 1.

**Karta pracy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko świadczeniobiorcy** |  |
| **Adres świadczenia usługi** |  |
| **Imię i nazwisko realizatora usług** |  |
| **Nazwa usługi**  |  |
| **Miesiąc**  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **godziny świadczenia usługi****od…do…** | **Liczba godzin** | **Podpis klienta** | **Uwagi** |
| 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. |  |  |  |  |
| Razem:  |  | - | - |

……………………………….

Podpis realizatora

Załącznik 2.

**Indywidualna karta świadczeniobiorcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko świadczeniobiorcy** |  |
| **Adres świadczenia usługi** |  |
| **Imię i nazwisko realizatora usług** |  |
| **Nazwa usługi**  |  |
| **Miesiąc** |  |
| **Liczba godzin usług zrealizowanych (w tym częstotliwość wizyt w tygodniu)** |  |
| **Ocena stanu psychicznego usługobiorcy** |  |
| **Ocena funkcjonowania społecznego usługobiorcy** |  |
| **Działania podejmowane z usługobiorcą w trakcie realizacji SUO**  |  |
| **Nastawienie usługobiorcy do realizatora SUO** |  |
| **Trudności i problemy w realizacji SUO** |  |
| **Efekty SUO** |  |
| **Inne uwagi** |  |

……………………………….

Podpis realizatora

Załącznik 3.

**Ankieta**

**wypełnia świadczeniobiorca lub jego opiekun**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko świadczeniobiorcy** |  |
| **rodzaj usługi** |  |
| **Imię i nazwisko realizatora usług** |  |
| **PYTANIA** | **ODPOWIEDZI** |
| **Tak** | **Nie** | **Nie wiem** |
| **Czy jest Pani/Pan zadowolona / -ony z usług?** |  |  |  |
| **Czy usługi świadczone są zgodnie z umówionymi terminami?** |  |  |  |
| **Czy godzina świadczonej usługi realizowana jest przez 60 minut?** |  |  |  |
| **Czy zdarzyło się, że umówionej usługi nie wykonano i nie powiadomiono o tym Pani/Pana?** |  |  |  |
| **Czy osoba, która świadczy usługi jest punktualna?** |  |  |  |
| **Czy osoba, która świadczy usługi jest przygotowana do pracy?** |  |  |  |
| **Czy osoba, która świadczy usługi wyjaśnia jakim celu podejmuje dane czynności?** |  |  |  |
| **Czy zauważa Pani/Pan pozytywne efekty usług?** |  |  |  |
| **Czy ma Pani/Pan zastrzeżenia do świadczonych usług?** |  |  |  |
| **- jeśli tak to jakie?** |  |
| **Inne uwagi osoby wypełniającej ankietę** |  |

Załącznik 4.

**Miesięczny rejestr osób objętych SUO**

|  |
| --- |
| **OSOBY DOROSŁE** |
| **Miesiąc……………..** |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię świadczeniobiorcy** | **Rodzaj SUO** | **Liczba zrealizowanych godzin SUO** | **Stawka** | **Odpłatność** | **Koszt OPS** | **Pełny koszt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DZIECI I MŁODZIEŻ** |
| **Miesiąc……………..** |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię rodzica/opiekuna** | **Nazwisko i imię dziecka** | **Rodzaj SUO** | **Liczba zrealizowanych godzin SUO** | **Stawka** | **Odpłatność** | **Koszt OPS** | **Pełny koszt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik 5

**Miesięczne rozliczenie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres** **podmiotu/realizatora SUO** |  |
| **Miesiąc**  |  |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię****świadczeniobiorcy[[1]](#footnote-1)/ rodzica/opiekuna[[2]](#footnote-2)** | **Nazwisko i imię dziecka[[3]](#footnote-3)** | **Rodzaj SUO** | **Realizator SUO** | **Liczba SUO przyznanych decyzją administracyjną** | **Liczba zrealizowanych godzin SUO** | **Stawka** | **Odpłatność** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………..

Data i podpis osoby uprawnionej

Załącznik 6

**Zakres usług realizowany w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych[[4]](#footnote-4)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Wymiar godzin[[5]](#footnote-5)** |
| **uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia**, w tym: |  |
|  | Kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych. |  |
| * samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu, w tym::

1.2. |  |
| * dbałość o higienę i wygląd, w tym:

1.2. |  |
| * utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną, w tym:

1.2. |  |
| * samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym:

1.2. |  |
| * wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego, w tym:

1.2. |  |
| * korzystanie z usług różnych instytucji, w tym

1.2. |  |
| Interwencje i pomoc w życiu w rodzinie. |  |
| * pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne, w tym:

1.2. |  |
| * ułatwienie dostępu do edukacji i kultury, w tym:

1.2. |  |
| * doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług, w tym:

1.2. |  |
| * kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, w tym:

1.2. |  |
| * współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej, w tym:

1.2. |  |
| Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych |  |
| * w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych, w tym:

1.2. |  |
| * w wypełnieniu dokumentów urzędowych, w tym:

1.2. |  |
| Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia. |  |
| * w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy, w tym:

1.2. |  |
| * w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, w tym:

1.2. |  |
| * w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą, w tym:

1.2. |  |
| * w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku, w tym:

1.2. |  |
| pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:  |  |
| * nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, w tym:

1.2. |  |
| * pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, w tym:

1.2. |  |
| * zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe, w tym:

1.2. |  |
| **pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia** |  |
|  | pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym:1.2. |  |
| uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, w tym:1.2. |  |
| pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,  |  |
| pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w tym:1.2. |  |
| w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny, w tym:1.2. |  |
| pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, w tym:1.2. |  |
| pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych, w tym:1.2. |  |
| **rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu** **w zakresie nieobjętym przepisami** **ustawy** z dnia 27 sierpnia 2004 r. **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** |  |
|  | zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, |  |
| współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług: w tym:1.2. |  |
| **pomoc mieszkaniowa** |  |
|  | w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat, w tym:1.2. |  |
| w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych, w tym:1.2. |  |
| kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu, w tym:1.2. |  |

…………………………………………………………………….

Data i podpis świadczeniobiorcy/opiekuna

Załącznik 7

…………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………...…………..

Rozpoznanie………………………………………………………………………………………...…………….. ………………………………………………………………………………………………………….……………Symbol zaburzenia psychicznego…………………………………………………………………….…………

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w ramach:* **rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu:**
 | **Ilość godzin** |
| **w tygodniu** | **w miesiącu** |
|  |  |  |

Zaświadczenie jest ważne na okres:……………………………

……………………………………….

Data i podpis lekarza/specjalisty

Załącznik 8

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………...…………..

Rozpoznanie………………………………………………………………………………………...…………….. Symbol zaburzenia psychicznego…………………………………………………………………….…………

Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Ilość godzin**  | **Jaki specjalista powinien świadczyć usługę** |
| **w tygodniu** | **w miesiącu** |
| w ramach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych: |  |  |  |
| w ramach rehabilitacji: |  |  |  |

Zaświadczenie jest ważne na okres:……………………………

|  |
| --- |
| Zaznaczyć właściwe: |
| Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ pomoc organizowana przez szkołę jest wystarczająca |  |
| Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rehabilitacji medycznej ponieważ ma możliwość dostępu do zajęć w ramach NFZ, |  |
| * w tym celu otrzymało skierowanie do:
 |

……………………………………….

 Data i podpis lekarza/specjalisty

Załącznik 9

Pieczątka szkoły/przedszkola

**Zaświadczenie**

Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………………….………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna………………………………………………………………………………..

Czy dziecko posiada opracowany Indywidualny Program Rewalidacyjno-Wychowawczy na bieżący rok szkolny? ……………

Formy pomocy jakimi dziecko jest objęte, ponad obowiązkowy program nauczania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Liczba godzin** |
| **zajęcia grupowe** | **zajęcia indywidualne** |
| w tygodniu | w miesiącu | w tygodniu | w miesiącu |
| pedagog |  |  |  |  |
| pedagog specjalny |  |  |  |  |
| oligofrenopedagog |  |  |  |  |
| psycholog |  |  |  |  |
| logopeda |  |  |  |  |
| Inny specjalista (jaki?):  |  |  |  |  |
| wsparcie w ramach rehabilitacji fizycznej: |  |  |  |  |

Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów, zapewnionego przez szkołę/przedszkole, a rodzic/opiekun zrezygnował z proponowanej formy pomocy ?……………….

Jeśli tak, to proszę o wskazanie z pomocy jakich specjalistów dziecko może dodatkowo skorzystać:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Liczba godzin** |
| **zajęcia grupowe** | **zajęcia indywidualne** |
| w tygodniu | w miesiącu | w tygodniu | w miesiącu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Inne uwagi szkoły/przedszkola w zakresie organizowania dla dziecka przez OPS dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz rehabilitacji

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

………………..……………………………………….

Data i podpis osoby wystawiającej zaświad

1. Dotyczy osób dorosłych [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży [↑](#footnote-ref-2)
3. Dotyczy dzieci i młodzieży [↑](#footnote-ref-3)
4. Wzór ten, po zmodyfikowaniu może również służyć jako załącznik uszczegóławiający zakres przyznanych usług do wydanej decyzji administracyjnej [↑](#footnote-ref-4)
5. Tygodniowo lub miesięcznie [↑](#footnote-ref-5)