

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

Miesięczne rozliczenie

Nazwa i adres podmiotu/realizatora SUO								
Miesiąc								
Lp.	Nazwisko i imię świadczeniobiorcy ³⁴ / rodzica/opiekuna ³⁵	Nazwisko i imię dziecka ³⁶	Rodzaj SUO	Realizator SUO	Liczba SUO przyznanych decyzją administracyjną	Liczba zrealizowanych godzin SUO	Stawka	Odpłatność

Wz

Data i podpis osoby uprawnionej

³⁴ Dotyczy osób dorosłych³⁵ Dotyczy osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży³⁶ Dotyczy dzieci i młodzieży

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB,
u których nie były świadczone specjalistyczne usługi opiekuńcze zgodnie
z decyzją administracyjną w miesiącu 2024 r.**

Lp.	Nazwisko i imię	Okres / data	Przyczyny nie wykonania usług zgodnie z decyzją administracyjną

..... dnia

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

Załączniki

Załącznik 6

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

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	

1-0-11

.....
Podpis realizatora

KARTA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko pracownika Wykonawcy	
Imię i nazwisko podopiecznego	
Adres podopiecznego	
1. Ocena funkcjonowania społecznego	
2. Diagnoza problemowa	
3. Cele rehabilitacji społecznej	
4. Plan działań terapeutycznych	
5. Realizacja planu	
Data	

Wykonawca prowadzi kartę wypełniając ją w ciągu miesiąca od daty objęcia pacjenta opieką i aktualizuje raz na kwartał.

Karta na stałe znajduje się w dokumentacji podopiecznego (usługobiorcy) w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający (osoby upoważnione) i wykonawca (zespół terapeutyczny) spotykają się raz na kwartał w celu omówienia spraw podopiecznych i organizacyjnych.

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			