





.....  
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	

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 i rehabilitacji społecznej	
4. Plan działań terapeutycznych	
5. Realizacja planu	
Data	

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

Karta na stałe znajduje się w dokumentacji podopiecznego (usługowicy) w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający (osoby upoważnione) i wykonawca (zespoli 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			
<b>PYTANIA</b>	<b>ODPOWIEDZI</b>		
	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			