

ZARZĄDZENIE NR 17/2026
KIEROWNIKA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W ŚWIECIU
z dnia 20 kwietnia 2026 r.

**w sprawie wprowadzenia zmian w karcie pracy oraz karcie informacyjnej
w Dziale Usług Opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu**

Na podstawie § 4 ust. 2 pkt 10 załącznika do Zarządzenia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu Nr 21/2024 z dnia 02 września 2024 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu oraz art. 50 ustawy o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.)

zarządza się, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się zmiany w karcie pracy w Dziale Usług Opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu, stanowiącą **Załącznik Nr 1** do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Wprowadza się zmianę w nazwie „karta przebiegu usług” na „karta informacyjna” w Dziale Usług Opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu, stanowiącą **Załącznik Nr 2** do niniejszego Zarządzenia.

§ 3.

Zobowiązuje się wszystkich pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu do zapoznania się z treścią niniejszego zarządzenia.

§ 4.

Traci moc Zarządzenie nr 33/2022 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu z dnia 14 października 2022 roku w sprawie wprowadzenia karty diagnostyczno-ewaluacyjnej oraz karty przebiegu usług w ramach pracy Działu Usług Opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu oraz Zarządzenie nr 04/2023 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Świeciu z dnia 20 lutego 2023 roku w sprawie wprowadzenia zmian w karcie pracy dla osób świadczących usługi opiekuńcze w Dziale Usług Opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Świeciu.

§ 5.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01.05.2026 roku.

Otrzymują:

1. KIEROWNIK OPS
2. ZK
3. DO
4. DK
5. DRŚ
6. DPS
7. DŚRiFA
8. DUO
9. SBHP
10. ZP
11. PP
12. AR
13. AON
14. P
15. SB
16. MW
17. DDP

Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Świeciu

mgr Sylwia Kryszak

KARTA PRACY W DZIALE USŁUG OPIEKUŃCZYCH OPS ŚWIECIE

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA DZIAŁU USŁUG:

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy :

Adres Świadczeniobiorcy :

Rozliczenie miesięczne wykonania usług w okresie od roku do roku.

LP.	DATA USŁUGI	CZAS PRZERWY W DANYM DNIU	CZAS DOJŚCIA Z PUNKTU A DO PUNKTU B	WYKONANIE USŁUG OD- DO	PODPIS ŚWIADCZENIOBIORCY POTWIERDZAJĄCY WYKONANIE USŁUGI ZLECONEJ PRZEZ OPS ZGODNIE Z DECYZJĄ ADMINISTRACYJNĄ	PEŁNA GODZINA DZIENNA ZREALIZOWANA USŁUG	PODPIS OPIEKUNKI OŚWIADCZAM, ŻE WYKONAŁAM W DNIU DZISIEJSZYM ZLECONE USŁUGI	Indywidualny zakres czynności w środowisku* (proszę wpisać zgodnie z legendą A,B,C)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								

2

15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								
Suma								

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług w dziale w miesiącu r.
wyniosła godzin.

SPRAWDZENIE MERYTORYCZNE ZGODNIE Z OŚWIADCZENIEM
I DECYZJĄ ADMINISTRACYJNĄ PRZEZ KIEROWNIKA
DZIAŁU USŁUG OPIEKUŃCZYCH LUB OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ

.....
Data i podpis pracownika

.....
Data i podpis Kierownika Działu Usług lub osobę upoważnioną

***Zakres pomocy w formie usług opiekuńczych obejmuje:**

A) Czynności pielęgnacyjne: zmiana bielizny osobistej i pościelowej, toaleta, kąpiel, zapobieganie odleżynom i oparzeniom,

B) Czynności opiekuńcze: pomoc w utrzymaniu aktywnego życia, ułatwianie kontaktów osobistych z otoczeniem, pomoc w trudnych sytuacjach życiowych, pobudzenie do aktywności w wolnym czasie, spacer, utrzymanie kontaktu z rodziną,

C) Czynności gospodarcze: zakupy, przygotowanie/ dostarczanie posiłków, karmienie chorego, utrzymanie w czystości otoczenia chorego, bieżące prace porządkowe w używanej przez chorego części mieszkania, pranie lekkiej odzieży, bielizny, palenie w piecu, przynoszenie węgla, mycie okien 2x do roku – tylko u chorych, których rodzina zamieszkuje w innej miejscowości, załatwianie spraw takich jak: opłaty, powtórka leków itd.

KARTA INFORMACYJNA

INFORMACJE PODSTAWOWE	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce zamieszkania	
Kontakt	
Stopień niepełnosprawności	
Kontakt do rodziny	
Choroby przewlekłe	
Przyjmowane leki	
Przychodnia	

