

Standard jakości usługi społecznej

„Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego”

I Logopeda

II Psycholog

III Fizjoterapeuta

„Świt- Środowiskowe Wsparcie Integracja Terapia- usługi społeczne dla mieszkańców Gminy Swarzędz na lata 2023-2026" FEWP.06.13-IZ.00-0087/23 realizowany jest w ramach Funduszy Europejskich dla Wielkopolski na lata 2021-2027. Priorytet 6. Działanie 06.13 Usługi Społeczne i zdrowotne.

Logopeda

1. Cele i zakres usługi.

Usługa „Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego - logopeda” to usługa z zakresu:

- promocja i ochrona zdrowia (zgodnie z ustawą o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych z 19 lipca 2019 r.).

Celem usługi jest zwiększenie dostępu do dobrej jakości usług społecznych dla mieszkańców Gminy Swarzędz. Dzięki uczestnictwu we wsparciu poprawia się jakość życia osób korzystających z usługi.

Usługa będzie realizowana w formie w stacjonarnej, w miejscu zamieszkania osoby korzystającej ze wsparcia. Specjalista dociera we własnym zakresie i na własny koszt w miejsce świadczenia usługi, czyli miejsce zamieszkania osoby korzystającej z usługi. Usługa polega na prowadzeniu indywidualnych zajęć, których celem będzie poprawa jakości życia osoby korzystającej ze wsparcia. Usługa dostosowana jest do indywidualnych możliwości odbiorcy usługi. Częstotliwość spotkań w ramach usługi odbywa się zgodnie z danymi zawartymi w indywidualnym planie pracy przygotowanym przez realizatora usługi – specjalistę, po pierwszej wizycie w środowisku. Wykonawca usługi zapewnia narzędzia niezbędne do jej wykonania np. karty do ćwiczeń, rękawiczki, wibratory logopedyczne itp.

2. Zakres/wymiar usługi:

Usługa będzie realizowana w formie w stacjonarnej, w miejscu zamieszkania osoby korzystającej ze wsparcia. Specjalista dociera we własnym zakresie i na własny koszt w miejsce świadczenia usługi, czyli miejsce zamieszkania osoby korzystającej z usługi.

Usługa polega na

- pracy terapeutycznej nad zaburzonymi funkcjami w obrębie aparatu artykulacyjnego w miejscu zamieszkania pacjenta
- pracy z osobami z niepełnosprawnością, których problemy w zakresie mowy mogą wynikać z jednostek chorobowych.
- prowadzeniu indywidualnych zajęć, których celem będzie poprawa jakości życia osoby korzystającej ze wsparcia.

Usługa dostosowana jest do indywidualnych możliwości odbiorcy usługi.

Częstotliwość spotkań w ramach usługi odbywa się zgodnie z danymi zawartymi w indywidualnym planie pracy przygotowanym przez realizatora usługi.

2. Miejsce wykonywania usługi.

Miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia logopedy – gmina Swarzędz.

3. Wymagania wobec podmiotu świadczącego usługi społeczne.

- narzędzia do prowadzenia diagnozy i terapii
- wyższe wykształcenie na kierunku logopedia
- przygotowanie pedagogiczne uprawniające do pracy z dziećmi i młodzieżą do lat 18

- co najmniej roczne doświadczenie w świadczeniu usług logopedycznych

4. Dokumentowanie usługi, monitoring i ewaluacja:

Usługa dokumentowana będzie poprzez:

- prowadzenie ewidencji udzielanego wsparcia (karta wsparcia – załącznik nr 1)
- sporządzanie indywidualnego planu pracy z beneficjentem usługi ze wskazaniem częstotliwości spotkań oraz obszarów pracy (załącznik nr 2)
- przeprowadzenie ankiety wstępnej, tj. przed udzieleniem wsparcia (załącznik nr 3) oraz ankiety po zakończeniu wsparcia (załącznik nr 4).

5. Wskaźniki

- Liczba osób, które skorzystały ze wsparcia
- Liczba zrealizowanych godzin wsparcia

Badania ewaluacyjne prowadzone będą na zakończenie roku kalendarzowego, wraz z przedstawieniem wyników do 31 marca następnego roku. Obejmować będą ankiety ewaluacyjne, wraz z podsumowaniem merytorycznym i statystycznym za dany rok prowadzenia usługi społecznej.

6. Odpłatność:

Usługa jest odpłatna – 10 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 04.10.2024r.

04.10.2024r. Organizator
usług społecznych
Sporządził
(data i podpis) **Angelika Pietrucha**

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu
.....
(data i podpis Dyrektora CUS) **mgr Agnieszka Maciejowicz**

Psycholog

1. Cele i zakres usługi.

Usługa „Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego – mobilny psycholog” to usługa z zakresu:

- promocja i ochrona zdrowia (zgodnie z ustawą o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych z 19 lipca 2019 r.)
- praca terapeutyczna z pacjentem w jego środowisku domowym
- poradnictwo psychologiczne obejmuje w szczególności pomoc osobom znajdującym się w kryzysie, wsparcie w sytuacji żałoby, wsparcie w przeżywaniu choroby, pracę nad poprawą relacji.

Usługa kierowana jest do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym: osób z niepełnosprawnością, osób starszych, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób w kryzysie.

Zakres/wymiar usługi:

Usługa polega na prowadzeniu indywidualnych zajęć, których celem będzie poprawa jakości życia osoby korzystającej ze wsparcia. Zajęcia mogą mieć formę między innymi:

- treningów w miejscu wskazanym przez Wykonawcę
- psychoedukacji osoby korzystającej ze wsparcia oraz rodziny

Usługa dostosowana jest do indywidualnych możliwości odbiorcy usługi.

Częstotliwość spotkań w ramach usługi odbywa się zgodnie z danymi zawartymi w indywidualnym planie pracy przygotowanym przez realizatora usługi.

Świadczenie usług może być realizowane w każdy dzień tygodnia, najwcześniej od godziny 8.00, najpóźniej do godziny 18.00, w godzinach uzgodnionych z osobą korzystającą ze wsparcia.

2. Miejsce wykonywania usługi.

Miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia psychologa – gmina Swarzędz.

3. Wymagania wobec podmiotu świadczącego usługi społeczne.

- wyższe wykształcenie na kierunku psychologia
- co najmniej roczne doświadczenie w świadczeniu usług psychologicznych

4. Dokumentowanie usługi, monitoring i ewaluacja:

Usługa dokumentowana będzie poprzez:

- prowadzenie ewidencji udzielanego wsparcia (karta wsparcia – załącznik nr 1)
- sporządzanie indywidualnego planu pracy z beneficjentem usługi ze wskazaniem częstotliwości spotkań oraz obszarów pracy (załącznik nr 2)
- przeprowadzenie ankiety wstępnej, tj. przed udzieleniem wsparcia (załącznik nr 3) oraz ankiety po zakończeniu wsparcia (załącznik nr 4).

5. Wskaźniki

- Liczba osób, które skorzystały ze wsparcia
- Liczba zrealizowanych godzin wsparcia

Badania ewaluacyjne prowadzone będą na zakończenie roku kalendarzowego, wraz z przedstawieniem wyników do 31 marca następnego roku. Obejmować będą ankiety ewaluacyjne, wraz z podsumowaniem merytorycznym i statystycznym za dany rok prowadzenia usługi społecznej.

6. Odpłatność:

Usługa jest odpłatna – 10 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 04.10.2024 r.

Sporządził

04.10.2024

Organizator
usług społecznych

Angelika Pietrucha

(data i podpis)

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu

mgr Agnieszka Maciejewicz
(data i podpis Dyrektora CUS)

Fizjoterapeuta

1. Cele i zakres usługi.

Usługa „Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego - mobilny fizjoterapeuta” to usługa z zakresu:

- promocja i ochrona zdrowia (zgodnie z ustawą o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych z 19 lipca 2019 r.).

Usługa kierowana jest do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym: osób z niepełnosprawnością, osób starszych, osób z zaburzeniami psychicznymi.

Celem usługi jest 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.

2. Zakres/wymiar usługi:

Usługa polega na prowadzeniu indywidualnych zajęć, których celem będzie poprawa jakości życia. Świadczenie usług może być realizowane w każdy dzień tygodnia, najwcześniej od godziny 8.00, najpóźniej do godziny 18.00, w godzinach uzgodnionych z osobą korzystającą ze wsparcia.

osoby korzystającej ze wsparcia.

3. Miejsce wykonywania usługi.

Miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia fizjoterapeuty – gmina Swarzędz.

4. Wymagania wobec podmiotu świadczącego usługi społeczne.

- kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty zgodnie z zapisami ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, a dla osób, które uzyskały kwalifikacje przed wyjściem w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty – tytuł zawodowy technika fizjoterapii oraz co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty.

5. Dokumentowanie usługi, monitoring i ewaluacja:

Usługa dokumentowana będzie poprzez:

- prowadzenie ewidencji udzielanego wsparcia (karta wsparcia – załącznik nr 1)
- sporządzanie indywidualnego planu pracy z beneficjentem usługi ze wskazaniem częstotliwości spotkań oraz obszarów pracy (załącznik nr 2)
- przeprowadzenie ankiety wstępnej, tj. przed udzieleniem wsparcia (załącznik nr 3) oraz ankiety po zakończeniu wsparcia (załącznik nr 4)

6. Wskaźniki

- Liczba osób, które skorzystały ze wsparcia

- Liczba zrealizowanych godzin wsparcia

Badania ewaluacyjne prowadzone będą na zakończenie roku kalendarzowego, wraz z przedstawieniem wyników do 31 marca następnego roku. Obejmować będą ankiety ewaluacyjne, wraz z podsumowaniem merytorycznym i statystycznym za dany rok prowadzenia usługi społecznej.

7. Odpłatność:

Usługa jest odpłatna – 10 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 04.10.2024 r.

4.10.2024 Organizator
usług społecznych
Sporządził
(data i podpis)
Agnieszka Pietrucha

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu

mgr Agnieszka Maciejowicz

.....
(data i podpis Dyrektora CUS)

Załącznik nr 1

.....
nazwisko i imię klienta

KARTA WSPARCIA
za miesiąc/rok

Rodzaj usługi :

Ilość godzin w tygodniu:

Wykonawca:

w dniach oddo

Dni tygodnia	godziny	podpis	Dni tygodnia	godziny	podpis
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16			łącznie		

.....
podpis klienta

.....
podpis Wykonawcy

.....
potwierdzenie wykonania pracy

Załącznik nr 2

1. Nazwisko i imię:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Telefon

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
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

1. Częstotliwość spotkań

2. Obszary pracy.

.....

.....

.....

.....



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

III. PLAN POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

DATA	CELE OGÓLNE	REALIZACJA	EWALUACJA

IV. NOTATKI / UWAGI

.....

.....

.....

podpis Uczestnika

.....

podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3

Wstępna ankieta ewaluacyjna do udzielenia wsparcia

„Świt- Środowiskowe Wsparcie Integracja Terapia- usługi społeczne dla mieszkańców Gminy Swarzędz na lata 2023-2026” FEWP.06.13-IZ.00-0087/23 realizowany jest w ramach Funduszy Europejskich dla Wielkopolski na lata 2021-2027. Priorytet 6. Działanie 06.13 Usługi Społeczne i zdrowotne.

Program Usług Społecznych w Gminie Swarzędz na lata 2024 – 2026

1. Skąd dowiedział/a się Pan/i o usługach, o które Pan/i wnioskuje?

.....

.....

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

2. Jakie formy wsparcia oferowane w Programie Usług Społecznych skłoniły Pana/Panią do wzięcia udziału w projekcie? (możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi) *

☐ Logopeda

☐ Psycholog

☐ Fizjoterapeuta

3. Czy proponowane wsparcie oferowane w ramach projektu odpowiada na Pana/i potrzeby?

☐ TAK

☐ NIE

4. Które z usług realizowanych w projekcie uważa Pan/i za najbardziej przydatne/interesujące? (możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi)

☐ Logopeda

☐ Psycholog

☐ Fizjoterapeuta

5. Jaka częstotliwość wsparcia byłaby dopasowana do Pana/i potrzeb ?

☐ 1 – 3 razy w miesiącu

☐ 4 – 6 razy w miesiącu

☐ ... więcej

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

(0-1 oznacza bardzo niski, 2-3 niski, 4-6 średni, 7-8 wysoki, 9-10 bardzo wysoki)

6. Jak ocenia Pan/i aktualny poziom swojego życia?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Załącznik nr 4

Ankieta oceniająca udzielone wsparcie

„Świt- Środowiskowe Wsparcie Integracja Terapia- usługi społeczne dla mieszkańców Gminy Swarzędz na lata 2023-2026” FEWP.06.13-IZ.00-0087/23 realizowany jest w ramach Funduszy Europejskich dla Wielkopolski na lata 2021-2027. Priorytet 6. Działanie 06.13 Usługi Społeczne i zdrowotne.

Program Usług Społecznych w Gminie Swarzędz na lata 2024 – 2026

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

1. Z jakich usług Pan/i korzystała?

☐ Logopeda

☐ Psycholog

☐ Fizjoterapeuta

2. Czy proponowane usługi oferowane w ramach projektu odpowiadały na Pana/i potrzeby?

☐ TAK

☐ NIE

3. Czy zakres i forma usług oferowanych w ramach projektu były zadowalające?

☐ TAK

☐ NIE

4. Czy informacje dotyczące oferowanych usług były przekazywane w sposób jasny i czytelny?

☐ TAK

☐ NIE

5. Które z usług, z których Pan/i korzystała w projekcie były dla Pan/i najbardziej przydatne/interesujące (możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi)

☐ Logopeda

☐ Psycholog

☐ Fizjoterapeuta

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

(0-1 oznacza bardzo niski, 2-3 niski, 4-6 średni, 7-8 wysoki, 9-10 bardzo wysoki).

6. Jak ocenia Pan/Pani swój aktualny poziom jakości życia dzięki udziałowi w projekcie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. W jakim stopniu częstotliwość spotkań i terminy wizyt były dopasowane do Pana/i potrzeb?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Jak ocenia Pan/i kompetencje osób realizujących usługę?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Jak ocenia Pan/i czas trwania i miejsce zrealizowanej usługi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Czy trafiła Pan/i na trudności organizacyjne w trakcie realizowanej usługi

☐ TAK, jakie ?

.....
.....

☐ NIE

11. Jakich innych usług oczekiwalby Pan/i?

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