

Standard jakości usługi społecznej
„Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego”

- I Mobilny logopeda
- II Mobilny psycholog
- III Mobilny 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.

Mobilny 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 – 20 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 4.10.2024r.

4.10.2024

Sporządził

(data i podpis)

Organizator
usług społecznych
Angelika Pietrucha

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu

mgr Agnieszka Maciejowicz

(data i podpis Dyrektora CUS)

Mobilny 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 psychologa – 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)

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 – 20 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 4.10.2024

4.10.2024
Sporządził

**Organizator
usług społecznych**

Angelika Pietrucha

(data i podpis)

**DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu**

mgr Agnieszka Maciejowicz

(data i podpis Dyrektora CUS)

Mobilny 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).

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 – 20 zł / wizytę.

Standard wchodzi w życie z dniem: 4.10.2024 r.

4.10.2024

Sporządził

Organizator
usług społecznych
Angelika Pietrucha
(data i podpis)

DYREKTOR
Centrum Usług Społecznych
w Swarzędzu

mgr Agnieszka Maciejowicz

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



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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

INDYWIDUALNY PLAN PRACY

Załącznik nr 2

I. DANE OSOBOWE

1. Nazwisko i imię:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Telefon:

II. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

1. Częstotliwość spotkań

2. Obszary pracy:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EWALUACJA

DATA	CELE OGOLNE	REALIZACJA	EWALUACJA

IV. NOTATKI / UWAGI

podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3

Wstępna ankieta ewaluacyjna do udzielenia wsparcia w ramach projektu
„Premia społeczna”

Imię i nazwisko

.....

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

.....
.....*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)?

☐ Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy☐ Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG☐ Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

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

☐ TAK☐ NIE4. Które z usług realizowanych w projekcie uważa Pan/i za najbardziej przydatne/interesujące?
(możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi)☐ Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy☐ Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG☐ Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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

.....
podpis Uczestnika

Załącznik nr 4

Ankieta oceniająca udzielone wsparcie w ramach projektu „Premia społeczna”

Program Usług Społecznych w Gminie Swarzędz na lata 2025 – 2026

Imię i Nazwisko uczestnika:.....

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

1. Z jakich usług Pan/i korzystała?

☐ Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy

☐ Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG

☐ Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

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)

- ☐ Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy
- ☐ Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG
- ☐ Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

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 oczekiwałby Pan/i?



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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

.....
podpis Uczestnika