

Załącznik nr 4.1 do umowy.

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

Imię i nazwisko, adres osoby objętej wsparciem	
Wymiar godzin usług miesięcznie	

**KARTA REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
NA TERENIE GMINY NIEMODLIN**

Imię i nazwisko opiekuna	
W miesiącu.....rok:.....	

Data usługi	Godziny wizyt od do.....	Ilość godzin	Podpis usługobiorcy

....., dnia

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG
 OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA TERENIE
 GMINY NIEMODLIN
 w miesiącu 2017 r.**

Imię i nazwisko, adres osoby objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (usługobiorca)		
Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi		
Liczba godzin usług zrealizowanych (w tym częstotliwość wizyt w tygodniu)		
Ocena stanu psychicznego usługobiorcy, stosunek do leczenia w trakcie realizacji usług	Nastrój, napęd, zaburzenia myślenia, itp.	
	Przyjmowanie leków, Iniekcji, itp.	
	Kontakt z PZP	
	Hospitalizacja	
Ocena funkcjonowania społecznego usługobiorcy	Dbłość o higienę i wygląd	
	Utrzymanie porządku w mieszkaniu	
	Gospodarowanie własnymi środkami finansowymi	
	Kontakty interpersonalne (z rodziną , sąsiadami itp.)	
	Sprawy urzędowe	
	Inne	

<p>Działania podejmowane z usługobiorcą w trakcie trwania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zgodnie z zakresem objętym przedmiotem zamówienia – należy wymienić)</p>	
<p>Nastawienie usługobiorcy do współpracy z opiekunem</p>	
<p>Trudności i problemy/uwagi</p>	

....., dnia

.....
 (podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

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 podopiecznego opieką i aktualizuje raz na kwartał. Karta na stałe znajduje się w dokumentacji podopiecznego (usługobiorcy) w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający i Wykonawca spotykają się raz na kwartał w celu omówienia spraw podopiecznych i organizacyjnych.

.....
 (podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

ROZLICZENIE

Dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Niemodlinie za wykonanie usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie Gminy Niemodlin w okresie od dnia do dnia

Lp.	Nazwisko i imię	Nr decyzji administracyjnej	Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną	Liczba godzin usług wykonanych w miesiącu
Razem:				

....., dnia

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

ROZLICZENIE - ZESTAWIENIE ZBIORCZE

Dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Niemodlinie za wykonanie usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie Gminy Niemodlin w okresie od dnia do dnia

Rodzaj usługi	Liczba podopiecznych objętych pomocą	Łączna liczba godzin wykonanych usług	Stawka za godzinę usługi brutto w zł.	Wartość usług brutto w zł.
Usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi				

....., dnia

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

WYKAZ OSÓB

u których nie były świadczone specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z decyzją administracyjną w miesiącu 2017 r.

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

....., dnia

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)