

Machowino, dnia 30.08.2016 r.

**Notatka służbowa
z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej**

Kontrolę przeprowadzono w dniu 30.08.2016 r. dotyczyła realizacji założeń rozporządzenia z dnia 14.01.2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Powyższej czynności dokonała p. Małgorzata Spryszak- kierownik działu działając na podstawie upoważnienia nr 2/2016 wydanego na podstawie Zarządzenia nr 20/2012 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 20.09.2012 r.

Nazwa podmiotu kontrolowanego:

Dział opiekuńczo- terapeutyczny

Kontrolowany:

Pracownicy realizujący zajęcia z rehabilitacji społecznej.

Kontrola dotyczy prowadzenia rehabilitacji społecznej zgodnie z regulaminem prowadzenia rehabilitacji społecznej na terenie Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

Ustalenia kontroli

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z planem Kontroli Wewnętrznej wprowadzonym Zarządzeniem 27/2015 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 31.12.2015 r.

Kontrola polegała na sprawdzeniu realizacji regulaminu rehabilitacji społecznej na terenie Domu Pomocy Społecznej w Machowinie stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia nr 4/2016 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 01.02.2016 r. Kontrola realizacji rehabilitacji społecznej prowadzona jest w sposób ciągły tzn. raz w tyg. kierownik działu sprawdza wszystkie dzienniki zajęć pod względem wymiaru prowadzonych zajęć m.in. czy spełniony jest tygodniowy minimalny wymiar godzin zajęć tj. 10 godzin.

W związku z powyższym stwierdza się, że pracownicy stosują przepisy wynikające z regulaminu rehabilitacji społecznej

Na tym kontrolę zakończono.

Zgodnie z § 15 Regulaminu Kontroli Wewnętrznej w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie ze względu na fakt, że kontrola nie wykazała nieprawidłowości sporządzono notatkę służbową, z którą zostali zapoznani kontrowani.

KIEROWNIK
ZALU OPERACYJNO-TERAPEUTYCZNEGO
[Signature]
mgr Małgorzata Spryszak

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie
NIP 639-189-22-24, Reg. 000293901

Załącznik Nr 3
do Regulaminu przeprowadzania
kontroli wewnętrznej

.....
Nazwa jednostki

Program kontroli

Nazwa podmiotu kontrolowanego : DZIAŁ OPIEKUŃCZO- TERAPETYCZNY

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe kontrolującego/kontrolujących.....

Małgorzata Spryszak- kierownik działu

Nr upoważnienia/upoważnień 2/2016

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe koordynatora (jeżeli dotyczy).....

Nr upoważnienia

Temat kontroli: realizacja założeń rozporządzenia z dn. 14.01.2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Cel kontroli: sprawdzenie realizacji funkcjonowania rehabilitacji społecznej

Rodzaj kontroli (planowa, doraźna) planowana- problemowa

Okres objęty kontrolą: od 01.02.2016 r. do 31.07.2016 r.

Termin przeprowadzenia kontroli: sierpień 2016 r.

Zakres przedmiotowy kontroli¹ regulamin prowadzenia rehabilitacji społecznej na terenie Domu Pomocy Społecznej w Machowinie wprowadzonym zarządzeniem 4/2016 r. z dnia 01.02.2016 r.

Sporządził:

1.08.16. Spryszak.....
(data i podpis Kontrolera)

Zatwierdził:

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk.....
(data i podpis kierownika jednostki)

¹ Należy wskazać, co będziemy kontrolować, np. faktury, umowy, akta.

Załącznik nr 2
do Regulaminu przeprowadzania
kontroli wewnętrznej

Machowino, dnia 18.07.2016 r.
(miejsce i data)

Upoważnienie nr 2/2016
do przeprowadzenia kontroli wewnętrznej

Na podstawie § 8 „Regulaminu kontroli wewnętrznej” stanowiącego załącznik do Zarządzenia nr 20/2012 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 20.09.2012 r.

upoważniam Pana/Panią MAŁGORZATĘ SPRYSZAK
(imię i nazwisko kontrolującego)

do przeprowadzenia kontroli: realizacji rehabilitacji społecznej
obejmującej okres od 01.02.2016 r. do 31.07.2016 r.

której przedmiotem będzie sprawdzenie realizacji założeń rozporządzenia w sprawie rehabilitacji społecznej.

Termin ważności upoważnienia od 01.08.2016 r. do 31.08.2016 r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
Ewa Młynarczyk
mgr Ewa Młynarczyk

.....
(podpis wydającego upoważnienie)