

ZARZĄDZENIE NR 8/2022
DYREKTORA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE
z dnia 22 lutego 2022 r.

**w sprawie zmiany zarządzenia nr 16/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie z dnia 09.07.2020 r. w sprawie wprowadzenia procedur postępowania
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie**

Na podstawie: Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 734), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2014 r., poz. 250), §10, 11, 12, 13 Regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 4/2019 Zarządu Powiatu Słupskiego z dnia 08.01.2019 r.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Machowinie
zarządza, co następuje:

W zarządzeniu nr 16/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 09.07.2020 r. w sprawie wprowadzenia procedur postępowania zmienia się:

- Załącznik nr 14 – Procedurę funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno - Opiekuńczych w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
- Załącznik nr 13 – Procedurę postępowania w przypadku wyboru i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierza się kierownikowi działu opiekuńczo - terapeutycznego.

§ 3

Traci moc zarządzenie nr 10/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 25.02.2021 r.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
Krzysztof Surowiec

PROCEDURA
funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno - Opiekuńczych
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

1. Zespoły Terapeutyczno – Opiekuńcze (ZTO) powołuje się w celu określenia indywidualnych potrzeb Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Machowinie. W ich skład wchodzi pracownicy Domu. Na terenie Domu powołanych jest VIII Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych, które składają się z Pracowników Pierwszego Kontaktu (PPK) i osób wspomagających – Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego (Rady ZTO) (aktualny wykaz PPK wg załącznika nr 1). Do podstawowych zadań ZTO należy opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia (IPW) Mieszkańców Domu oraz pomoc w ich realizacji razem z Mieszkańcami.
2. Każdy Zespół wybiera spośród siebie Lidera, który jest koordynatorem prac zespołu. Lider wybierany jest na spotkaniu ZTO na okres dwóch lat.
3. Posiedzenia ZTO odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku, podczas których omawiane są m.in. cele ujęte w Indywidualnym Planie Wsparcia (IPW) Mieszkańców oraz założenia rehabilitacji społecznej. W uzasadnionych przypadkach zebrania mogą odbywać się częściej.
4. Posiedzenia ZTO odbywają się w danym roku kalendarzowym wg ustalonego harmonogramu spotkań przez Liderów ZTO oraz kierownika działu opiekuńczo – terapeutycznego w grudniu br. (załącznik nr 2).
5. Zebranie prowadzi Lider danego zespołu, który z każdego posiedzenia sporządza protokół wraz z załączoną listą obecności (wg załącznika nr 3). W posiedzeniach ZTO uczestniczą pracownicy oraz Mieszkańcy Domu (jeżeli pozwala na to Ich stan zdrowia oraz gotowość uczestnictwa w zebraniach). W sytuacjach odmowy przez Mieszkańca udziału w posiedzeniu ZTO reprezentuje Go Pracownik Pierwszego Kontakt. Gdy członek ZTO (PPK) jest nieobecny, wówczas założenia i cele opisane w IPW Mieszkańca omawia Lider ZTO.
6. Do podstawowych zadań ZTO należy opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia Mieszkańców oraz wspólna ich realizacja z Mieszkańcami Domu. Podczas zebrań Rady oraz Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego ustalane są cele i założenia Indywidualnego Planu Wsparcia oraz propozycje zajęć w ramach rehabilitacji społecznej. Z zebrań

sporządza się protokół (wg załącznika nr 4).

7. Indywidualny Plan Wsparcia (IPW) powinien zostać przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia Mieszkańca do Domu (wg załącznika nr 5).
8. W momencie przyjęcia Mieszkańca do Domu Rada ZTO opracowuje z Mieszkańcem (o ile pozwala na to stan zdrowia i gotowość uczestnictwa Mieszkańca) „Plan adaptacyjny Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Machowinie (wg załącznika nr 6). Zakłada się również „Zeszyt obserwacji Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Machowinie w czasie adaptacyjnym”, który ma posłużyć do późniejszego przygotowania IPW, w tym zakładanych celów oraz założeń rehabilitacji społecznej.
9. Indywidualny Plan Wsparcia opracowywany jest z udziałem Mieszkańca, o ile pozwala na to stan zdrowia i gotowość uczestnictwa w nim danego Mieszkańca Domu.
10. IPW zawiera „Planowane zajęcia w ramach rehabilitacji społecznej w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie dla Mieszkańca w danym roku” wg załącznika nr 1 do Regulaminu prowadzenia rehabilitacji społecznej w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.
11. Kwartalnej ewaluacji IPW służy również prowadzony indywidualny „Dziennik Zajęć Rehabilitacji Społecznej” danego Mieszkańca.
12. Działania wynikające z IPW Mieszkańca koordynuje pracownik Domu – Pracownik Pierwszego Kontakt (PPK).
13. Kwestie wyboru i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt (PPK) przez Mieszkańca Domu określa procedura postępowania w przypadku wyboru i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.
14. Pracownik Pierwszego Kontakt zobowiązany jest do indywidualnych spotkań z Mieszkańcem oraz omawiania bieżących spraw i problemów. PPK wspólnie z pozostałymi członkami ZTO uaktualnia IPW (kwartalna ewaluacja IPW, diagnoza potrzeb Mieszkańca na dany rok kalendarzowy).
15. Indywidualne Plany Wsparcia przechowywane są na terenie Domu w poszczególnych oddziałach w przeznaczonych ku temu miejscu – zamkniętej na klucz szafce.
16. W ramach Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych funkcjonuje Rada Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego w następującym składzie:
 - dyrektor Domu,
 - kierownik działu opiekuńczo – terapeutycznego,
 - pracownicy socjalni,

- lekarz POZ lub lekarz specjalista wg potrzeb,
 - pielęgniarka,
 - psycholog,
 - instruktor ds. kulturalno - oświatowych,
 - instruktorzy terapii zajęciowej,
 - technicy fizjoterapii/fizjoterapeuci.
17. Do zadań członków Rady ZTO należy m.in. pomoc w opracowaniu i wspólnej realizacji z Mieszkańcem Domu Planu adaptacyjnego i Indywidualnego Planu Wsparcia; wybór PPK lub PPK w zastępstwie dla Mieszkańców, których stan zdrowia nie pozwala na samodzielny wybór.
18. Spotkania Rady ZTO odbywają się nie rzadziej niż raz na kwartał oraz w razie zaistniałych potrzeb. Z każdego spotkania pracownik socjalny sporządza protokół wraz z listą obecności (wg załącznika nr 7).
19. Pracownicy ZTO uczestniczą co najmniej raz na dwa lata w szkoleniach na temat praw Mieszkańca Domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z Mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile występują problemy z komunikacją werbalną wśród Mieszkańców.
20. Nadzór nad dokumentacją związaną z działalnością Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych sprawuje kierownik działu opiekuńczo – terapeutycznego.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
Krzysztof Surowiec

**WYKAZ CZŁONKÓW ZESPOŁÓW TERAPEUTYCZNO – OPIEKUŃCZYCH
W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE -
PRACOWNIKÓW PIERWSZEGO KONTAKTU
(stan na dzień r.)**

ZESPÓŁ NR

LIDER:

Pracownik Pierwszego Kontakt	Mieszkaniec

Sporządził:

Zatwierdził:

Machowino, dnia r.

HARMONOGRAM
SPOTKAŃ ZESPOŁÓW TERAPEUTYCZNO – OPIEKUŃCZYCH
W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE
W ROKU

Numer Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego	Harmonogram spotkań (miesiąc)	Podpis Lidera ZTO
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		
VII		
VIII		

Sporządził:

Zatwierdził:

[illegible]

Zatwierdził:

oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Protokół sporządził:

Zatwierdził:

Podpisy uczestników posiedzenia Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego nr
oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego
z dnia r.

[illegible]

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA MIESZKAŃCA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE

Imię i nazwisko Mieszkańca:

.....

Data przyjęcia:

.....

Data założenia IPW:

.....

Data zakończenia prowadzenia IPW:

.....

Pracownik Pierwszego Kontakt:

.....

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Imiona rodziców:
4. Stan cywilny:
5. Data przybycia do DPS:
6. Poprzednie miejsce pobytu Mieszkańca (dom rodzinny, szpital itp.):
.....
.....
7.
Wykształcenie/zawód:
8. Informacje o rodzinie i utrzymywanym kontakcie:
.....

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Adres	Telefon	Uwagi

9. Sytuacja prawna (czy Mieszkaniec jest ubezwłasnowolniony, dane opiekuna prawnego/kuratora):
.....
.....

10. Źródło utrzymania:

Świadczenie	Płatnik	Uwagi

11. Rodzaj schorzenia:
12. Przyjmowane leki:
.....
.....
13. Ustalony stopień niepełnosprawności/organ:
.....
.....

14. Inne informacje o Mieszkańcu (m.in. stan fizyczny, psychiczny i emocjonalny, aktywność, stopień samodzielności, czynności samoobsługowe, umiejętność pisania i czytania, nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, palenie wyrobów tytoniowych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Zainteresowania, pasje, hobby, formy spędzania czasu wolnego:

.....

.....

.....

16. Oczekiwania i potrzeby Mieszkańca:

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

.....

(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCA

OBSZAR I

FIZJOLOGIA, OPIEKA, PIEŁĘGNACJA, FUNKCJONOWANIE ZDROWOTNE

NA ROK

**MOCNE STRONY
MIESZKAŃCA**

**SŁABE STRONY
MIESZKAŃCA/
POTRZEBY**

**PROBLEMY
WIODĄCE**

DATA

**PODPISY OSÓB TWORZĄCYCH
DIAGNOZĘ**

**PODPIS MIESZKAŃCA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCA

OBSZAR II

UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE

NA ROK

**MOCNE STRONY
MIESZKAŃCA**

**SŁABE STRONY
MIESZKAŃCA/
POTRZEBY**

**PROBLEMY
WIODĄCE**

DATA

**PODPISY OSÓB TWORZĄCYCH
DIAGNOZĘ**

**PODPIS MIESZKAŃCA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCA
OBSZAR III
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE
NA ROK

**MOCNE STRONY
MIESZKAŃCA**

**SŁABE STRONY
MIESZKAŃCA/
POTRZEBY**

**PROBLEMY
WIODĄCE**

DATA

**PODPISY OSÓB TWORZĄCYCH
DIAGNOZĘ**

**PODPIS MIESZKAŃCA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

KWARTALNA EWALUACJA INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA

PANI/ PANA:

SPORZĄDZIŁ:

DATA OCENY:

**OBSZAR I: FIZJOLOGIA, OPIEKA, PIELEGNACJA, FUNKCJONOWANIE
ZDROWOTNE**

CEL	WYNIK

OBSZAR II: UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE

CEL	WYNIK

OBSZAR III: FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE

CEL	WYNIK

.....
(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

WAŻNE WYDARZENIA ŻYCIOWE

(urlopy, wycieczki, turnusy rehabilitacyjne, pobyty w szpitalu itp.)

This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of approximately 20 horizontal rows. Each row is defined by two parallel dotted lines, creating a series of uniform gaps for letter height. The entire page is otherwise blank, with no margins, text, or other markings.

PLAN PRACY Z MIESZKAŃCEM
PANI/PAN
NA ROK

OBSZAR I: FIZJOLOGIA, OPIEKA, PIEŁĘGNACJA, FUNKCJONOWANIE ZDROWOTNE					DATA SPORZĄDZENIA:	
L.P.	ZAKRES PROBLEMOWY	CEL PRACY	PLANOWANE DZIAŁANIE	CZAS REALIZACJI	OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ ZADAŃ	UWAGI
1.						
2.						
3.						

.....
(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

OBSZAR II: UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE					DATA SPORZĄDZENIA:	
L.P.	ZAKRES PROBLEMOWY	CEL PRACY	PLANOWANE DZIAŁANIE	CZAS REALIZACJI	OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ ZADAŃ	UWAGI
1.						
2.						
3.						

.....
(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

OBSZAR III: FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE					DATA SPORZĄDZENIA:	
L.P.	ZAKRES PROBLEMOWY	CEL PRACY	PLANOWANE DZIAŁANIE	CZAS REALIZACJI	OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ ZADAŃ	UWAGI
1.						
2.						
3.						

.....
(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

PLAN ADAPTACYJNY
MIESZKAŃCA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE

1. Imię i nazwisko Mieszkańca:
2. Data urodzenia:
3. Data przyjęcia do Domu:
4. Oddział:
5. Cele i zadania „Planu adaptacyjnego”:
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)

Data sporządzenia planu:

.....
(podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

Podpisy członków Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego:

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

Sporządził:

Zatwierdził:

Protokół z posiedzenia Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego

z dnia r.

w składzie:

1.
2.
3.
4.
5.

Przebieg zebrania Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego

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

Podpisy członków Rady ZTO obecnych na zebraniu:

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

Sporządził:

Zatwierdził:

PROCEDURA
postępowania w przypadku wyboru i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu
Pomocy Społecznej w Machowinie

1. Funkcja Pracownika Pierwszego Kontakt (PPK) zostaje powołana w celu zindywidualizowania potrzeb Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Machowinie. PPK powinien być osobą wspierającą Mieszkańca, rzecznikiem jego interesów i spraw, doradcą, powiernikiem trosk i zmartwień.
2. Wybór PPK następuje w terminie 6 miesięcy od dnia przybycia Mieszkańca do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.
3. Pracownikiem Pierwszego Kontakt może być pracownik Domu wskazany przez Mieszkańca, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na Jego stan zdrowia. Wybór PPK przez Mieszkańca dokumentowany jest stosownym oświadczeniem (wg załącznika nr 1).
4. Jeżeli ze względu na stan zdrowia Mieszkaniec nie może dokonać wyboru PPK, wówczas wyboru tego dokonuje Rada Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego (Rada ZTO) (wg załącznika nr 2).
5. W przypadku dłuższej nieobecności PPK danego Mieszkańca, dokonuje On wyboru PPK w zastępstwie (wg załącznika nr 3). Jeżeli nie pozwala na to stan zdrowia Mieszkańca, wówczas wyboru dokonuje Rada ZTO (wg załącznika nr 4).
6. Mieszkaniec może zmienić Pracownika Pierwszego Kontakt w każdym momencie pobytu w Domu (wg załącznika nr 5).
7. Pracownicy Pierwszego Kontakt podlegają kierownikowi działu opiekuńczo – terapeutycznego i działają w ramach Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych (ZTO) zgodnie z procedurą funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
Krzysztof Surowiec

Załącznik nr 1
do procedury postępowania w przypadku wyboru
i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

Oświadczenie o dokonaniu wyboru Pracownika Pierwszego Kontakt

przez Panią/Pana

Oświadczam, że po zapoznaniu mnie z zasadami funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno
– Opiekuńczych oraz rolą Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie, dokonuję wyboru Pracownika Pierwszego Kontakt, którym zostaje Pani/Pan
.....

.....

(data i podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie dokonania wyboru PPK:

.....

(data i podpis pracownika socjalnego)

Przyjmuję wybór Mieszkańca i obowiązki Pracownika Pierwszego Kontakt:

.....

(data i podpis pracownika – PPK)

Akceptacja:

.....

(data i podpis kierownika działu opiekuńczo-terapeutycznego)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis dyrektora DPS w Machowinie)

Załącznik nr 2
do procedury postępowania w przypadku wyboru
i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

Wybór Pracownika Pierwszego Kontakt przez Radę Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego

dla Pani/Pana

w dniu r.

Członkowie Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, po zapoznaniu się z informacją przekazaną przez kierownika działu opiekuńczo – terapeutycznego i pielęgniarkę dyżurującą, biorąc pod uwagę stan zdrowia Pani/Pana, który uniemożliwia samodzielny wybór Pracownika Pierwszego Kontakt, dokonują wyboru PPK, którym zostaje Pani/Pan:

Członkowie Rady Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego:

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

Przyjmuję wybór i obowiązki Pracownika Pierwszego Kontakt:

.....

(data i podpis pracownika – PPK)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis dyrektora DPS w Machowinie)

Załącznik nr 3
do procedury postępowania w przypadku wyboru
i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

Oświadczenie o dokonaniu wyboru Pracownika Pierwszego Kontakt w zastępstwie

za Panią/Pana

przez Panią/Pana

Oświadczam, że po zapoznaniu mnie z zasadami funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych oraz rolą Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, dokonuję wyboru Pracownika Pierwszego Kontakt w zastępstwie (na czas usprawiedliwionej nieobecności dotychczasowego PPK), którym zostaje Pani/Pana:

.....

.....

(data i podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie dokonania wyboru PPK w zastępstwie:

.....

(data i podpis pracownika socjalnego)

Przyjmuję wybór Mieszkańca i obowiązki Pracownika Pierwszego Kontakt:

.....

(data i podpis pracownika – PPK)

Akceptacja:

.....

(data i podpis kierownika działu opiekuńczo-terapeutycznego)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis dyrektora DPS w Machowinie)

Załącznik nr 4
do procedury postępowania w przypadku wyboru
i zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

Wybór Pracownika Pierwszego Kontakt przez Radę Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego

dla Pani/Pana

w zastępstwie za Panią/Pana

w dniu r.

Członkowie Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, po zapoznaniu się z informacją przekazaną przez kierownika działu opiekuńczo – terapeutycznego i pielęgniarkę dyżurującą, biorąc pod uwagę stan zdrowia Pani/Pana, który uniemożliwia samodzielny wybór Pracownika Pierwszego Kontakt w zastępstwie (na czas usprawiedliwionej nieobecności dotychczasowego PPK), dokonują wyboru PPK, którym zostaje Pani/Pan:

Członkowie Rady Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego:

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

Przyjmuję wybór i obowiązki Pracownika Pierwszego Kontakt:

.....

(data i podpis pracownika – PPK)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis dyrektora DPS w Machowinie)

Oświadczenie o dokonaniu zmiany Pracownika Pierwszego Kontakt

przez Panią/Pana

Oświadczam, że po zapoznaniu mnie z zasadami funkcjonowania Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych oraz rolą Pracownika Pierwszego Kontakt w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, dokonuję zmiany dotychczasowego Pracownika Pierwszego Kontakt Pani/Pana na Pracownika Pierwszego Kontakt, którym zostaje Pani/Pan

.....

(data i podpis Mieszkańca lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie dokonania zmiany PPK:

.....

(data i podpis pracownika socjalnego)

Przyjmuję wybór Mieszkańca i obowiązki Pracownika Pierwszego Kontakt:

.....

(data i podpis pracownika – PPK)

Akceptacja:

.....

(data i podpis kierownika działu opiekuńczo-terapeutycznego)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis dyrektora DPS w Machowinie)