

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE

76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92

woj. pomorskie

NIP 839-189-22-24. Reg. 000293901

ZARZĄDZENIE NR 21/2025

DYREKTORA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE

z dnia 18.06.2025 r.

**w sprawie wprowadzenia procedur postępowania w Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie.**

Na podstawie: Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego z późniejszymi zmianami (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593) Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz 734) oraz § 6, 7, 8, 9, 10 Regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

**Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Machowinie
zarządza, co następuje:**

§ 1

Wprowadza się następującą procedurę postępowania w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, stanowiącą załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Traci moc załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 16/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 09.07.2020 r. w sprawie wprowadzenia procedur postępowania.

§ 3

Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się kierownikowi działu opiekuńczo-terapeutycznego.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
mgr Krzysztof Surowiec

PROCEDURA

przyjęcia Mieszkańca do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

1. Dom Pomocy Społecznej w Machowinie przyjmuje Mieszkańców na podstawie decyzji wydanej przez Starostę Słupskiego za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, które wcześniej przekazuje pełną, skompletowaną dokumentację dot. kandydata.
2. Przed przyjęciem kandydata do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie pracownicy socjalni Domu ustalają aktualną sytuację w miejscu jego zamieszkania lub pobytu, która stanowi podstawę do utworzenia Planu Adaptacyjnego, a następnie Indywidualnego Planu Wsparcia Mieszkańca.
3. Podczas wizyty w miejscu zamieszkania kandydata do tut. DPS ustalany jest termin przyjęcia dogodny dla osób zajmujących się jego przywiezieniem.
4. Po zakończeniu wizyty w miejscu pobytu kandydata do tut. DPS pracownicy socjalni sporządzają notatkę służbową z jej przebiegu, dołączają ją do dokumentacji Mieszkańca, a także przekazują kserokopię do gabinetu przedmedycznej pomocy doraźnej oraz na oddział, w którym docelowo będzie zakwaterowany Mieszkaniec.
5. W momencie przyjęcia w trybie interwencyjnym pracownicy socjalni nie udają się do miejsca zamieszkania w celu sprawdzenia sytuacji. Termin przyjęcia ustalany jest w porozumieniu z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który kieruje Mieszkańca i sporządzana jest notatka służbowa z rozmowy.
6. Po przyjeździe osoby do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie jest ona przyjmowana przez pracownika socjalnego, który w oparciu o posiadaną dokumentację sprawdza tożsamość i dane dotyczące przybyłej osoby.
7. Przyjęcie Mieszkańca odbywa się w gabinecie przedmedycznej pomocy doraźnej, w którym personel medyczny przeprowadza wywiad dotyczący jego stanu zdrowia, przebytych chorób, przyjmowanych leków, dokonywany jest także pomiar ciśnienia i masy ciała. Założona zostaje dokumentacja medyczna. Mieszkaniec bądź jego przedstawiciel ustawowy dokonują wyboru lekarza POZ, pielęgniarki środowiskowej, a w przypadku kobiet – położnej. Personel medyczny zawiadamia lekarza POZ i lekarza psychiatrę o nowo przybyłym Mieszkańcu.
8. Po zakończeniu wywiadu medycznego pracownik socjalny dokonuje przyjęcia poprzez

omówienie Karty Praw i Obowiązków Mieszkańca DPS w Machowinie oraz przedstawieniu Planu Dnia Mieszkańca DPS w Machowinie.

9. Mieszkaniec bądź przedstawiciel ustawowy podpisuje dokumenty niezbędne do przyjęcia Mieszkańca tj.: oświadczenie o wyrażeniu zgody na przyjęcie do domu pomocy społecznej (załącznik nr 1 lub nr 2), zgodę na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3 lub nr 4), zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej (załącznik nr 5 lub nr 6), zgodę na obciążenie konta depozytowego (załącznik nr 7 lub nr 8), prośbę o przechowywanie dowodu osobistego przez administrację (załącznik nr 9 lub nr 10), oświadczenie dotyczące zapoznania się z Kartą Praw i Obowiązków Mieszkańca DPS w Machowinie oraz Planem Dnia Mieszkańca DPS w Machowinie (załącznik nr 11 lub nr 12), prośbę o przechowywanie środków higienicznych i słodczy w wyznaczonym miejscu (załącznik nr 13 lub nr 14), prośbę o zabezpieczenie wyrobów tytoniowych (załącznik nr 15), zgodę na wykorzystanie wizerunku (załącznik nr 16), wykazy odzieży i przedmiotów należących do Mieszkańca (załącznik nr 17 i nr 18), zgodę na przechowywanie korespondencji zgodnie z procedurą prowadzenia rejestru korespondencji imiennej przekazywanej Mieszkańcom DPS w Machowinie.
10. Pracownik socjalny uzupełnia akta osobowe brakującymi danymi i ewentualnie ustala zakres uzupełnienia dokumentów, które będą niezbędne do dalszej współpracy z Mieszkańcem, przedstawicielem ustawowym bądź rodziną oraz sporządza notatkę służbową z przebiegu przyjęcia nowo przybyłej osoby.
11. Nowo przybyły Mieszkaniec zostaje zapoznany z opiekunami dyżurującymi oraz topografią obiektu, do którego został przyjęty, przedstawiony najbliższym współmieszkańcom oraz zakwaterowany w pokoju. Opiekunowie dyżurujący pomagają Mieszkańcowi w rozpakowaniu rzeczy osobistych.
12. Wszystkie rzeczy przywiezione przez Mieszkańca w dniu przyjęcia zostają naniesione na Wykaz Rzeczy Osobistych Należących do Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Machowinie, który jest w późniejszym czasie uzupełniany o kolejne pozycje.
13. Niezwłocznie po przyjęciu Mieszkańca, pracownik socjalny Domu melduje Go w tut. Urzędzie (pierwszy meldunek jest na pobyt czasowy na okres 6 miesięcy z możliwością skrócenia tego okresu).
14. Pracownik socjalny Domu o przyjęciu nowego Mieszkańca zawiadamia niezwłocznie Starostę Słupskiego za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ośrodek pomocy społecznej wydający decyzję kierującą, a także organy ZUS lub KRUS – w przypadku, gdy nowo przyjęta osoba jest świadczeniobiorcą w/w instytucji oraz Sąd Rodzinny, w przypadku wydania postanowienia o możliwości umieszczenia osoby w domu

pomocy społecznej.

15. Mieszkaniec w chwili przyjęcia ma założony zeszyt obserwacji Mieszkańca w czasie adaptacyjnym na okres 6 miesięcy, a następnie przygotowany Plan Adaptacyjny

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machylinie

mgr Krzysztof Surowiec

.....

.....

.....

(Dane Mieszkańca)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana / podpisany*,
wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis Mieszkańca)

.....

(Podpis pracownika socjalnego)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS Machowino

.....
.....
.....
(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana / podpisany *,
wyrażam zgodę na przyjęcie mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana*
..... do Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis przedstawiciela ustawowego)

.....
(Podpis pracownika socjalnego)

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w zarejestrowanym zbiorze danych osobowych w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

W rozumieniu Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 1000) administratorem zbioru danych, w których przetwarzane będą dane osobowe w/w jest Dom Pomocy Społecznej w Machowinie.

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że podanie danych osobowych jest dobrowolne oraz o przysługującym mi prawie wglądu do danych, ich poprawienia, a także o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania i przekazywania danych osobowych innym podmiotom.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje na temat danych osobowych przetwarzanych przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie udzielane mi będą na podstawie pisemnego wniosku oraz, że z prawa do uzyskania takich informacji mogę korzystać nie częściej niż raz na sześć miesięcy.

Machowino, dnia r.

.....

(Podpis pracownika socjalnego)

.....

(Podpis Mieszkańca)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana*
w zarejestrowanym zbiorze danych osobowych w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

W rozumieniu Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 1000) administratorem zbioru danych, w których przetwarzane będą dane osobowe w/w jest Dom Pomocy Społecznej w Machowinie.

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że podanie danych osobowych jest dobrowolne oraz o przysługującym mi prawie wglądu do danych, ich poprawienia, a także o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania i przekazywania danych osobowych innym podmiotom.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje na temat danych osobowych przetwarzanych przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie udzielane mi będą na podstawie pisemnego wniosku oraz, że z prawa do uzyskania takich informacji mogę korzystać nie częściej niż raz na sześć miesięcy.

Machowino, dnia r.

.....
(Podpis pracownika socjalnego)

.....
(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

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

(Dane Mieszkańca)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana / podpisany* oświadczam, że
wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za mój pobyt w Domu Pomocy Społecznej.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis Mieszkańca)

.....

(Podpis pracownika socjalnego)

* niepotrzebne skreślić

.....

.....

.....

(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana / podpisany* oświadczam, że wyrażam
zgode na ponoszenie odpłatności za pobyt mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana*
..... w Domu Pomocy Społecznej.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis przedstawiciela ustawowego)

.....

(Podpis pracownika socjalnego)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 7
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS Machowino

Machowino, dnia r.

.....
.....
.....
(Dane Mieszkańca)

**Do Działu Księgowości
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie**

Wyrażam zgodę na obciążenie mojego konta odpłatnością za leki powyżej limitu cen, leki z pełną odpłatnością, szczepionki oraz inne medyczne i higieniczne środki pomocnicze.

Jednocześnie upoważniam dział księgowości Domu Pomocy Społecznej w Machowinie do wielokrotnego dokonywania przelewów i przeksięgowowań na koncie depozytowym jak i dochodowym (dotyczących odpłatności za pobyt w/w w DPS).

.....
(Podpis Mieszkańca)

Załącznik nr 8
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS
Machowino

Machowino, dnia r.

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

(Dane przedstawiciela ustawowego)

**Do Działu Księgowości
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie**

Wyrażam zgodę na obciążenie konta depozytowego mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana * odpłatnością za leki powyżej limitu cen, leki z pełną odpłatnością, szczepionki oraz inne medyczne i higieniczne środki pomocnicze.

Jednocześnie upoważniam dział księgowości Domu Pomocy Społecznej w Machowinie do wielokrotnego dokonywania przelewów i przeksięgowowań na koncie depozytowym jak i dochodowym (dotyczących odpłatności za pobyt w/w w DPS).

.....

(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 9
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS Machowino

Machowino, dnia r.

.....

.....

.....

(Dane Mieszkańca)

Oświadczenie

Zwracam się z prośbą o przechowywanie mojego dowodu osobistego przez administrację
Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

.....

(Podpis Mieszkańca)

Załącznik nr 10
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS
Machowino

Machowino, dnia r.

.....

.....

.....

(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Zwracam się z prośbą o przechowywanie dowodu osobistego mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana *..... przez administrację Domu Pomocy Społecznej w Machowinie.

.....

(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Machowino, dnia r.

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

(Dane Mieszkańca)

Oświadczenie

Oświadczam, iż zostałam zapoznana / zostałem zapoznany* z Planem Dnia oraz Kartą Praw i Obowiązków Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Machowinie oraz możliwością przekazania do depozytu przedmiotów wartościowych i środków pieniężnych (za rzeczy nieprzekazane do depozytu Dom nie ponosi odpowiedzialności).

.....

(Podpis Mieszkańca)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 12
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS
Machowino

Machowino, dnia r.

.....
.....
.....
(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Oświadczam, iż zostałam zapoznana / zostałem zapoznany* z Planem Dnia oraz Kartą Praw i Obowiązków Mieszkańca Domu Pomocy Społecznej w Machowinie oraz możliwością przekazania do depozytu przedmiotów wartościowych i środków pieniężnych (za rzeczy nieprzekazane do depozytu Dom nie ponosi odpowiedzialności).

Wszelkie informacje przekazałam mojej podopiecznej / mojemu podopiecznemu Pani / Panu *
.....

.....
(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 13
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS Machowino

Machowino, dnia r.

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

(Dane Mieszkańca)

Oświadczenie

Zwracam się z prośbą o przechowywanie moich środków higienicznych oraz słodczy w wyznaczonym przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie pomieszczeniu.

.....

(Podpis Mieszkańca)

Załącznik nr 14
do procedury przyjęcia Mieszkańca do DPS Machowino

Machowino, dnia r.

.....
.....
.....
(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Zwracam się z prośbą o przechowywanie środków higienicznych oraz słodczy
mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana*
w wyznaczonym przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie pomieszczeniu.

.....
(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Machowino, dnia r.

.....

.....

.....

(Dane przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie

Zwracam się z prośbą o zabezpieczenie wyrobów tytoniowych należących do mojej podopiecznej / mojego podopiecznego Pani / Pana*..... przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie.

.....

(Podpis przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

.....
(Imię i nazwisko Mieszkańca)

Klauzula obowiązku informacyjnego związana ze zgodą na wykorzystanie wizerunku

Nieodpłatnie wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, Machowino 53, 76-270 Ustka mojego wizerunku w publikacjach i w Internecie w celach promocyjnych Administratora danych oraz związanych z działaniami statutowymi prowadzonymi przez Administratora danych.

- Administratorem danych, które podałem/łam stanie się Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, Machowino 53, 76-270 Ustka.
- Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:
.....
- Cel przetwarzania danych: wykorzystanie wizerunku w publikacjach i w Internecie w celach promocyjnych Administratora danych oraz związanych z działaniami statutowymi prowadzonymi przez Administratora danych.
- Podstawa przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- Wizerunek będzie udostępniony odbiorcom danych za pośrednictwem publikacji i Internetu.
- Podanie danych jest dobrowolne.
- Dane osobowe przetwarzane będą do czasu cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
- Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa dostępu do danych osobowych dotyczących mojej osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do przenoszenia danych.
- Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Jestem świadomy/a o przysługującym mojej osobie prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Zostałem poinformowany/a, że podane przeze mnie dane nie będą podlegać automatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Zapoznałam / zapoznałem się z treścią w/w klauzuli informacyjnej oraz zrozumiałam / zrozumiałem jego treść.

.....
(Data i podpis Mieszkańca lub przedstawiciela ustawowego)

Wykaz odzieży i przedmiotów należących do Pani/Pana
przywieszonych w dniu przyjęcia do tut. Domu

1	.....	21	.....
2	.....	22	.....
3	.....	23	.....
4	.....	24	.....
5	.....	25	.....
6	.....	26	.....
7	.....	27	.....
8	.....	28	.....
9	.....	29	.....
10	.....	30	.....
11	.....	31	.....
12	.....	32	.....
13	.....	33	.....
14	.....	34	.....
15	.....	35	.....
16	.....	36	.....
17	.....	37	.....
18	.....	38	.....
19	.....	39	.....
20	.....	40	.....

Osoba przekazująca:

.....

Osoba przyjmująca:

.....

**WYKAZ RZECZY OSOBISTYCH NALEŻĄCYCH DO MIESZKAŃCA
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE**

Imię i nazwisko Mieszkańca:

LP.	NAZWA PRZEDMIOTU	IŁOŚĆ SZT.	DATA PRZYJĘCIA	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	DATA KASACJI (ZNISZCZENIA PRZEDMIOTU)	UWAGI

