

DPS.D.0210-34/25

ZARZĄDZENIE NR 34/2025

DYREKTORA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE

z dnia 29 września 2025 r.

w sprawie zmiany zarządzenia nr 16/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 22.02.2022 r. w sprawie wprowadzenia procedury 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 163/2024 Zarządu Powiatu Słupskiego z dnia 14.11.2024 r.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Machowinie zarządza, co następuje:

§ 1

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

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

§ 2

Traci moc Zarządzenie Nr 8/2022 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 22.02.2022 r. oraz Zarządzenie Nr 14/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 01.09.2023 r.

§ 3

Wykonanie 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

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 IV Zespoły Terapeutyczno – Opiekuńcze, 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. W przypadku rezygnacji Lidera, Zespół wybiera nowego.
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 i założenia rehabilitacji społecznej oraz wspólna z Mieszkańcami Domu ich realizacja. 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 stan zdrowia oraz gotowość uczestnictwa w zebraniach). W sytuacjach odmowy przez Mieszkańca udziału w posiedzeniu ZTO reprezentuje Go Pracownik Pierwszego Kontaktu. 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 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 lub opiekun medyczny,
 - psycholog,

- instruktor ds. kulturalno - oświatowych,
 - instruktorzy terapii zajęciowej,
 - technicy fizjoterapii/fizjoterapeuci/masażyści.
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 Marniwinie
mgr Krzysztof Surowiec

Załącznik nr 1
do procedury funkcjonowania
Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

**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:

Załącznik nr 2
do procedury funkcjonowania
Zespołów Terapeutyczno – Opiekuńczych
w Domu Pomocy Społecznej w Machowinie

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		

Sporządził:

Zatwierdził:

Machowino, dnia r.

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

Skład ZTO nr:

-
-
-
-
-

Skład Rady ZTO:

-
-
-
-
-

Przebieg zebrania Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego nr
oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible][illegible]

oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego

[illegible]

Machowino, dnia r.

Protokół
z posiedzenia Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńskiego nr
oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńskiego
z dnia r.

Skład ZTO nr:

-
-
-
-
-

Skład Rady ZTO:

-
-
-
-
-

Przebieg zebrania Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńskiego nr
oraz Rady Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńskiego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. The first part of the document is a title page. It contains the title "The History of the County of York" and the author's name "John Smith".

2. The second part of the document is a preface. It discusses the author's motivation for writing the book and the scope of the work.

3. The third part of the document is the main body of the text. It is divided into several chapters, each covering a different aspect of the county's history.

4. The fourth part of the document is a conclusion. It summarizes the findings of the research and provides a final thought on the county's history.

5. The fifth part of the document is a list of references. It includes a list of books, articles, and other sources used in the research.

6. The sixth part of the document is an index. It provides a list of topics and page numbers for easy reference.

7. The seventh part of the document is a list of footnotes. It contains additional information and citations that are not included in the main text.

8. The eighth part of the document is a list of appendices. It includes additional material that is related to the main text but is not essential for understanding the main argument.

9. The ninth part of the document is a list of acknowledgments. It thanks the people and organizations that provided support and assistance during the research process.

10. The tenth part of the document is a list of glossary. It defines the key terms and concepts used in the text.

1. The first part of the document is a title page. It contains the title "The History of the County of York" and the author's name "John Smith".

2. The second part of the document is a preface. It discusses the author's motivation for writing the book and the scope of the work.

3. The third part of the document is the main body of the text. It is divided into several chapters, each covering a different aspect of the county's history.

4. The fourth part of the document is a conclusion. It summarizes the findings of the research and provides a final thought on the county's history.

5. The fifth part of the document is a list of references. It includes a list of books, articles, and other sources used in the research.

6. The sixth part of the document is an index. It provides a list of topics and page numbers for easy reference.

7. The seventh part of the document is a list of footnotes. It contains additional information and citations that are not included in the main text.

8. The eighth part of the document is a list of appendices. It includes additional material that is related to the main text but is not essential for understanding the main argument.

9. The ninth part of the document is a list of acknowledgments. It thanks the people and organizations that provided support and assistance during the research process.

10. The tenth part of the document is a list of glossary. It defines the key terms and concepts used in the text.

[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:
.....
.....

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNOZA POTRZEB MIESZKAŃCA
NA ROK

**MOCNE STRONY
MIESZKAŃCA**

**SŁABE STRONY
MIESZKAŃCA/
POTRZEBY**

**PROBLEMY
WIODĄCE**

DATA

**PODPISY OSÓB TWORZĄCYCH
DIAGNOZĘ**

**PODPIS MIESZKAŃCA
I/LUB PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO**

PLAN PRACY Z MIESZKAŃCEM

NA ROK

PANI/PAN:					DATA SPORZĄDZENIA:	
L.P.	KRÓTKO- I DŁUGOTERMINOWE CELE PRACY TERAPEUTYCZNEJ	PLANOWANE DZIAŁANIE	CZAS REALIZACJI	OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ ZADAŃ	UWAGI	
1.						
2.						
3.						
4.						

5.							
6.							
7.							
8.							

.....

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

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontaktu)

**PLANOWANE ZAJĘCIA W RAMACH REHABILITACJI SPOŁECZNEJ W DOMU
POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE**

dla Mieszkańca:

w roku

Rodzaj zajęć	Zakres programowy zajęć
Zajęcia terapeutyczne	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
Zajęcia z psychologiem	1. 2. 3.
Zajęcia ruchowe	1. 2. 3. 4. 5.
Zajęcia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia	1. 2. 3. 4. 5.

Liczba godzin: nie mniej niż 10 tygodniowo

Data sporządzenia planu:.....

Podpisy członków zespołu nr :

Podpisy osób wspomagających (Rada Zespołu
Terapeutyczno – Opiekuńczego)
uczestniczących w zebraniu:

Zatwierdza:

.....
dyrektor DPS Machowino

KWARTALNA EWALUACJA INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA

PANI/ PANA:

SPORZADZIŁ:

DATA OCENY:

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA MIESZKAŃCA:

[illegible]

POZIOM REALIZACJI WYZNACZONYCH CELÓW TERAPEUTYCZNYCH	
CEL	WYNIK

NOWE CELE KRÓTKO- I DŁUGOTERMINOWE W PRACY TERAPEUTYCZNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAJĘCIA Z ZAKRESU REHABILITACJI SPOŁECZNEJ, W KTÓRYCH MIESZKANIEC UCZESTNICZY:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
(podpis Pracownika Pierwszego Kontakt)

WAŻNE WYDARZENIA ŻYCIOWE

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

[illegible]

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
mgr Krzysztof Surowiec

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 przedstawiciela ustawowego)

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)

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 przedstawiciela ustawowego)

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 przedstawiciela ustawowego)

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)