

KARTA MONITORINGU USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Data wizyty:

Imię i nazwisko podopiecznego, adres zamieszkania:

.....

Wiek podopiecznego:

.....

Czy osoba świadcząca usługi była obecna podczas wizyty monitorującej:

☐	Tak
☐	Nie

1. Jak ocenia Pan(i) jakość świadczonych usług? Proszę wziąć pod uwagę wszystkie usługi, z których Pan(i) korzysta). Aktualne usługi świadczone są:

☐	bardzo dobrze
☐	dobrze
☐	średnio, przeciętnie
☐	źle
☐	bardzo źle

2. Czy Pana(i) aktualny(a) opiekun(ka) jest:

punktualna	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie
kompetentny(a), fachowy(a)	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie
traktujący(a) innych z należyтым szacunkiem	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie
kulturalny(a), życzliwy(a)	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie
pomocny(a)	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie
zaangażowany(a) w wykonywaniu swoich obowiązków	☐	tak	☐	raczej tak	☐	nie	☐	raczej nie

3. Czy usługi są świadczone zgodnie z decyzją przyznającą usługi oraz z indywidualnym zakresem usług:

	Tak
	Nie, Dlaczego?

4. Czy ma Pan(i) jakiegokolwiek uwagi do pracy aktualnego(ej) opiekunki?

	Tak, Jakie?
	Nie

5. Jak często podpisuje Pan(i) kartę realizacji usług:

	Na bieżąco, podczas każdej wizyty
	Raz w tygodniu
	Raz na 2-3 tygodnie
	Zbiorczo za cały miesiąc
	Nie podpisuję. Z jakiego powodu?

6. Co chciał(a)by Pan(i) zmienić lub poprawić w sposobie pracy aktualnego(ej) opiekuna(ki)? Może Pan(i) powiedzieć wszystko, co przychodzi Pan(i) do głowy:

--

.....
data i podpis pracownika socjalnego

.....
data i podpis podopiecznego

.....
podpis Dyrektora

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Trzemesznie
Iwona Mielicka