

**Protokół z kontroli i monitoringu świadczonych usług opieki
wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego
- edycja 2024.**

Iława, dnia r.

.....
(pieczęćka Realizatora Programu)

PROTOKÓŁ Nr

z przeprowadzonej w dniu kontroli jakości świadczonych
usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego– edycja 2024

Godzina rozpoczęcia kontroli:

Godzina zakończenia kontroli:

I. Miejsce dokonania kontroli:

.....

II. Imię i nazwisko osób przeprowadzających kontrolę oraz stanowisko służbowe:

1.

2.

III. Ocena pracy opiekuna/opiekunki

1. Imię i nazwisko opiekuna/opiekunki:

.....

2. Jak często przychodzi

opiekun/opiekunka?

.....

3. W jakich godzinach / porach dnia przychodzi opiekun/opiekunka?

.....

4. Jakie czynności wykonuje opiekun/opiekunka? (*zaznaczyć właściwe*)

Czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej

Prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie

Przemieszczanie poza miejscem zamieszkania

Podejmowanie aktywności życiowych i komunikowanie się z otoczeniem
Ustalono, że asystent realizuje / nie realizuje* usługi zgodnie z kartą realizacji usług i zakresem czynności.

*(niepotrzebne skreślić)

Uczestnik nie zgłasza zastrzeżeń co do jakości świadczonych usług przez asystenta.

Uczestnik zgłasza następujące uwagi co do jakości świadczonych usług przez asystenta:

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

Ława, data kontroli:2024 r.

Osoby przeprowadzające kontrolę

Podpis

1.

.....

2.

.....

.....

(Data i podpis uczestnika Programu)