

**Zarządzenie Nr 33 /2026**

**z dnia 30 września 2026r.,**

**Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Łomży**

**w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

Na podstawie § 6 ust. 2 Statutu Centrum Usług Społecznych w Łomży, stanowiącego załącznik do uchwały nr 130/XIII/25 Rady Miejskiej Łomży z dnia 26 marca 2025 r. w sprawie nadania statutu Centrum Usług Społecznych w Łomży (Dz. Urz. Woj. Podlaskiego z 2025 r. poz. 1620, zm. poz. 2077), w związku z § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 sierpnia 2026 r. w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Dz. U. z 2026 r. poz. 1067) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**

1. Powołuje się Zespół do spraw monitorowania i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, zwany dalej „Zespołem”, w składzie:

- 1) Magdalena Kobryńska - Przewodniczący Zespołu;
- 2) Monika Pieńkowska - Członek Zespołu.
- 3) Magdalena Truszkowska - Członek Zespołu.

- Każdy członek zespołu działa na podstawie imiennego upoważnienia.

2. Zespół powołuje się na czas nieokreślony.
3. Zespół wykonuje zadania w odniesieniu do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania organizowanych lub zapewnianych przez Centrum Usług Społecznych w Łomży.
4. Załączniki do niniejszego zarządzenia stanowią jego integralną część, która może być wykorzystana do prac roboczych Zespołu. Zespół może dokumentować swoje czynności w innej formie niż określone we wzorach zawartych w załącznikach do Zarządzenia.

**§ 2.**

1. Do zadań Zespołu należy w szczególności:

- 1) planowanie i prowadzenie monitorowania świadczenia usług opiekuńczych, z uwzględnieniem potrzeb osób korzystających z tych usług oraz sygnałów o możliwych nieprawidłowościach;

- 2) przeprowadzanie, zgodnie z potrzebami, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku, wizyt w miejscu zamieszkania każdej osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, w celu potwierdzenia faktycznego realizowania tych usług;
  - 3) pozyskiwanie, nie rzadziej niż raz na pół roku, opinii osoby korzystającej z usług o prawidłowości ich realizacji, o ile stan zdrowia tej osoby pozwala na wyrażenie opinii;
  - 4) pozyskiwanie, w razie potrzeby, opinii członków rodziny osoby korzystającej z usług, posiadających wiedzę na temat ich realizacji;
  - 5) bieżące analizowanie informacji, w tym w postaci elektronicznej, potwierdzających sposób i zakres realizowanych usług, ze szczególnym uwzględnieniem liczby niezrealizowanych godzin, zmian osób wykonujących usługi oraz skarg i zgłoszeń, w tym anonimowych;
  - 6) dokonywanie oceny bezpieczeństwa, celowości i skuteczności usług, w szczególności pod kątem zgodności ich zakresu i wymiaru z decyzją administracyjną, terminowości i rzetelności, adekwatności wsparcia do potrzeb osoby oraz realizacji usług z poszanowaniem jej dobra, intymności, godności, autonomii i bezpieczeństwa;
  - 7) formułowanie wniosków i zaleceń służących usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości oraz sprawdzanie sposobu ich wykonania.
2. Oceny, o której mowa w ust. 1 pkt 6, dokonuje się z uwzględnieniem wniosków wynikających ze wszystkich czynności monitorujących.

### § 3.

1. Czynności monitorujące prowadzi się z poszanowaniem prywatności i miru domowego osoby korzystającej z usług, jej stanu zdrowia oraz prawa do samostanowienia. Termin wizyty ustala się z tą osobą albo z jej przedstawicielem lub opiekunem, stosownie do okoliczności.
2. Czynności mogą być wykonywane wspólnie albo przez jednego członka Zespołu. W przypadku monitorowania skargi, podejrzenia zagrożenia bezpieczeństwa osoby lub poważnych nieprawidłowości czynności przeprowadza Zespół w pełnym składzie, o ile nie zachodzi konieczność natychmiastowego działania.

3. Jeżeli stan zdrowia osoby korzystającej z usług nie pozwala na wyrażenie opinii albo osoba odmawia udziału w czynności, okoliczność tę odnotowuje się w dokumentacji monitoringu i, w miarę możliwości, wykorzystuje inne dostępne źródła informacji.
4. W razie ujawnienia okoliczności mogących bezpośrednio zagrażać życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu osoby korzystającej z usług członek Zespołu niezwłocznie informuje Dyrektora CUS i podejmuje działania adekwatne do zagrożenia, w tym zawiadamia właściwe służby.

#### **§ 4.**

1. Każdą wizytę oraz inną istotną czynność monitorującą dokumentuje się w formie protokołu, karty monitoringu albo notatki służbowej. Dokument zawiera co najmniej datę i miejsce czynności, źródła informacji, zakres ustaleń, ocenę realizacji usług, opis ewentualnych nieprawidłowości, wnioski i zalecenia oraz imię, nazwisko i podpis osoby sporządzającej.
2. Dokumentację monitoringu przechowuje się zgodnie z obowiązującymi w CUS zasadami kancelaryjnymi, archiwalnymi i ochrony danych osobowych.
3. Zespół sporządza zbiorczą informację o wynikach monitorowania i oceny za każde półrocze i przedstawia ją Dyrektorowi CUS odpowiednio do dnia 15 stycznia i 15 lipca. Informacja obejmuje w szczególności stwierdzone nieprawidłowości, ich skalę, podjęte działania naprawcze oraz rekomendacje systemowe.
4. O stwierdzeniu poważnej nieprawidłowości Zespół informuje Dyrektora CUS niezwłocznie, nie czekając na sporządzenie informacji półrocznej.

#### **§ 5.**

1. Pracownicy CUS są obowiązani, w zakresie swoich zadań i posiadanych uprawnień, udzielać Zespołowi informacji i udostępniać dokumenty niezbędne do prowadzenia monitoringu.
2. Informacje i dokumenty od podmiotu zewnętrznego realizującego usługi pozyskuje się w granicach obowiązujących przepisów oraz postanowień umowy zawartej z tym podmiotem.
3. Członkowie Zespołu są obowiązani do zachowania poufności oraz tajemnic prawnie chronionych. Dane osobowe przetwarzają wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonania zadań, na podstawie nadanych im upoważnień i zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

**§ 6.**

1. Przewodniczący Zespołu kieruje jego pracami, dokonuje podziału zadań, czuwa nad terminowością czynności oraz odpowiada za przekazywanie Dyrektorowi CUS informacji i wniosków z monitoringu.
2. W terminie 30 dni od dnia wejścia w życie zarządzenia Przewodniczący Zespołu przedstawi Dyrektorowi CUS harmonogram monitorowania do końca 2026 r., obejmujący wszystkie osoby korzystające z usług opiekuńczych.

**§ 7.**

1. Wykonanie zarządzenia powierza się Przewodniczącemu Zespołu.

**§ 8.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**DYREKTOR**  
Centrum Usług Społecznych  
w Łomży  
*mgr inż. Wiesław Jagielak*

**RADCA PRAWNY**

*Stanisław Grzymała*

## HARMONOGRAM MONITOROWANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

*Harmonogram powinien zapewniać wizytę i pozyskanie opinii nie rzadziej niż raz na pół roku.*

|                               |  |                     |  |
|-------------------------------|--|---------------------|--|
| Okres objęty harmonogramem    |  | Data sporządzenia   |  |
| Liczba osób objętych usługami |  | Osoba sporządzająca |  |

### Plan czynności monitorujących

| Lp. | Osoba korzystająca z usług | Adres | Termin wymagany | Planowana data i forma | Członek / skład Zespołu | Status / uwagi |
|-----|----------------------------|-------|-----------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| 1   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 2   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 3   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 4   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 5   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 6   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 7   |                            |       |                 |                        |                         |                |
| 8   |                            |       |                 |                        |                         |                |

*Status: planowana / wykonana / przełożona / niewykonana. Przy przełożeniu lub niewykonaniu wpisać przyczynę i nowy termin.*

### Zatwierdzenie harmonogramu

Przewodniczący Zespołu

Dyrektor CUS

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)



## PROTOKÓŁ Z WIZYTY MONITORUJĄCEJ

*Monitoring świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

|                     |  |                     |  |
|---------------------|--|---------------------|--|
| Nr protokołu        |  | Data wizyty         |  |
| Godzina rozpoczęcia |  | Godzina zakończenia |  |

### A. Dane identyfikacyjne i podstawa świadczenia usług

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Osoba korzystająca z usług          |  |
| Adres świadczenia usług             |  |
| Nr sprawy / identyfikator           |  |
| Decyzja administracyjna - nr i data |  |
| Przyznany zakres i wymiar usług     |  |
| Okres objęty oceną                  |  |
| Podmiot realizujący usługi          |  |
| Osoba / osoby wykonujące usługi     |  |

### B. Uczestnicy i przyczyna wizyty

|                              |                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Członek / członkowie Zespołu |                                                                                                                                                                                                           |
| Pozostałe osoby obecne       |                                                                                                                                                                                                           |
| Przyczyna wizyty             | <input type="checkbox"/> harmonogram <input type="checkbox"/> skarga / zgłoszenie <input type="checkbox"/> zdarzenie <input type="checkbox"/> ponowna weryfikacja <input type="checkbox"/><br>inna: ..... |
| Sposób uzgodnienia wizyty    |                                                                                                                                                                                                           |

### C. Ustalenia dotyczące faktycznej realizacji usług

| Obszar                 | Zgodnie z decyzją / planem | Faktyczna realizacja | Źródło informacji i ustalenia |
|------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Dni i pory świadczenia |                            |                      |                               |
| Liczba godzin          |                            |                      |                               |

| Obszar                                | Zgodnie z decyzją / planem | Faktyczna realizacja | Źródło informacji i ustalenia |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Zakres wykonywanych czynności         |                            |                      |                               |
| Niezrealizowane godziny / przyczyny   |                            |                      |                               |
| Zastępstwa i zmiany osób wykonujących |                            |                      |                               |
| Sposób potwierdzania czynności        |                            |                      |                               |

#### D. Ocena prawidłowości, bezpieczeństwa, celowości i skuteczności

Ocena: przekreślić niewłaściwą odpowiedź. W kolumnie ustalenia wskazać dowody, przykłady i rozbieżności.

| Lp. | Kryterium oceny                                                                                       | Ocena     | Ustalenia |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1   | Zakres i wymiar usług są zgodne z decyzją administracyjną.                                            | TAK / NIE |           |
| 2   | Usługi są realizowane terminowo i rzetelnie.                                                          | TAK / NIE |           |
| 3   | Wsparcie jest adekwatne do aktualnych potrzeb osoby.                                                  | TAK / NIE |           |
| 4   | Czynności zaspokajające codzienne potrzeby życiowe są wykonywane zgodnie z ustalonym zakresem.        | TAK / NIE |           |
| 5   | Opieka higieniczna i czynności pielęgnacyjne są wykonywane prawidłowo - jeżeli dotyczą osoby.         | TAK / NIE |           |
| 6   | Zapewniane są kontakty z otoczeniem w zakresie wynikającym z potrzeb i decyzji.                       | TAK / NIE |           |
| 7   | Respektowane są dobro, intymność i godność osobista osoby.                                            | TAK / NIE |           |
| 8   | Respektowane są autonomia, wybory i prawo do samostanowienia.                                         | TAK / NIE |           |
| 9   | Usługi są świadczone bezpiecznie, z przestrzeganiem zasad higieny.                                    | TAK / NIE |           |
| 10  | Wykonane czynności są potwierdzane w sposób ustalony przez CUS.                                       | TAK / NIE |           |
| 11  | Zapewniona jest ciągłość usług, właściwe zastępstwa i adekwatna reakcja na pogorszenie stanu zdrowia. | TAK / NIE |           |

#### E. Opinia osoby korzystającej z usług

|                                               |                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Czy stan zdrowia pozwala na wyrażenie opinii? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ocena ogólna usług                              | <input type="checkbox"/> bardzo dobra <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> przeciętna <input type="checkbox"/> zła <input type="checkbox"/> bardzo zła |
| Najważniejsze uwagi osoby                       |                                                                                                                                                                           |
| Oczekiwane zmiany w zakresie lub sposobie usług |                                                                                                                                                                           |

#### F. Opinia członka rodziny / innej osoby posiadającej wiedzę

|                           |                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko / relacja |                                                                                                                                                       |
| Sposób pozyskania opinii  | <input type="checkbox"/> podczas wizyty <input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> pisemnie <input type="checkbox"/> inny: ..... |
| Treść opinii              |                                                                                                                                                       |

#### G. Stwierdzone nieprawidłowości i ocena ryzyka

| Lp. | Opis nieprawidłowości | Znaczenie / ryzyko                                                                               | Dowód / źródło |
|-----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1   |                       | <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> istotne<br><input type="checkbox"/> pilne |                |
| 2   |                       | <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> istotne<br><input type="checkbox"/> pilne |                |
| 3   |                       | <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> istotne<br><input type="checkbox"/> pilne |                |
| 4   |                       | <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> istotne<br><input type="checkbox"/> pilne |                |

#### H. Działania podjęte podczas wizyty

|                                                             |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Działania natychmiastowe                                    |                                                                                 |
| Osoby / podmioty powiadomione                               |                                                                                 |
| Czy wystąpiło zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - opis reakcji: ..... |

#### I. Wnioski, zalecenia i termin weryfikacji

| Lp. | Wniosek / zalecenie | Odpowiedzialny | Termin | Sposób weryfikacji |
|-----|---------------------|----------------|--------|--------------------|
| 1   |                     |                |        |                    |

| Lp. | Wniosek / zalecenie | Odpowiedzialny | Termin | Sposób weryfikacji |
|-----|---------------------|----------------|--------|--------------------|
| 2   |                     |                |        |                    |
| 3   |                     |                |        |                    |
| 4   |                     |                |        |                    |

#### J. Załączniki i źródła wykorzystane przy sporządzaniu protokołu

|                   |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumenty / dane  | <input type="checkbox"/> decyzja <input type="checkbox"/> ewidencja godzin <input type="checkbox"/> potwierdzenia czynności <input type="checkbox"/> skarga / zgłoszenie <input type="checkbox"/><br>inne: ..... |
| Wykaz załączników |                                                                                                                                                                                                                  |

#### K. Podpisy

Członek / członkowie Zespołu

Osoba korzystająca z usług (podpis fakultatywny)

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)

Odmowę podpisu albo brak możliwości podpisania protokołu należy odnotować:

.....

## KARTA BIEŻĄCEJ ANALIZY INFORMACJI O REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

*Analiza danych, w tym elektronicznych, potwierdzających sposób i zakres realizowanych usług*

|                            |  |                          |  |
|----------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Okres analizy</b>       |  | <b>Data sporządzenia</b> |  |
| <b>Osoba sporządzająca</b> |  | <b>Źródło danych</b>     |  |

### A. Wskaźniki realizacji usług

| Lp. | Wskaźnik                                                  | Wartość | Źródło / sposób wyliczenia | Uwagi |
|-----|-----------------------------------------------------------|---------|----------------------------|-------|
| 1   | Liczba osób objętych usługami                             |         |                            |       |
| 2   | Liczba godzin zaplanowanych                               |         |                            |       |
| 3   | Liczba godzin zrealizowanych                              |         |                            |       |
| 4   | Liczba godzin niezrealizowanych                           |         |                            |       |
| 5   | Udział godzin niezrealizowanych w godzinach zaplanowanych |         |                            |       |
| 6   | Liczba zastępstw                                          |         |                            |       |
| 7   | Liczba zmian osób wykonujących usługi                     |         |                            |       |
| 8   | Liczba skarg i zgłoszeń - ogółem                          |         |                            |       |
| 9   | Liczba zgłoszeń anonimowych                               |         |                            |       |
| 10  | Liczba zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa                 |         |                            |       |
| 11  | Liczba zaleceń otwartych / wykonanych                     |         |                            |       |

### B. Niezrealizowane godziny - przyczyny

| Przyczyna                                    | Liczba godzin | Liczba osób | Działanie / wyjaśnienie |
|----------------------------------------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Nieobecność osoby wykonującej usługę         |               |             |                         |
| Nieobecność / rezygnacja osoby korzystającej |               |             |                         |
| Brak zastępstwa                              |               |             |                         |

| Przyczyna                | Liczba godzin | Liczba osób | Działanie / wyjaśnienie |
|--------------------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Zmiana decyzji / zakresu |               |             |                         |
| Inna przyczyna           |               |             |                         |

### C. Rejestr istotnych sygnałów, rozbieżności i zdarzeń

| Lp. | Data / osoba lub sprawa | Informacja / rozbieżność | Znaczenie | Podjęte działanie | Status |
|-----|-------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|--------|
| 1   |                         |                          |           |                   |        |
| 2   |                         |                          |           |                   |        |
| 3   |                         |                          |           |                   |        |
| 4   |                         |                          |           |                   |        |
| 5   |                         |                          |           |                   |        |
| 6   |                         |                          |           |                   |        |

### D. Wnioski z analizy i rekomendowane czynności monitorujące

|  |
|--|
|  |
|--|

### E. Sprawy wymagające niezwłocznego przekazania Dyrektorowi CUS

*Jeżeli nie występują, wpisać: nie stwierdzono.*

### F. Podpis

Osoba sporządzająca

Przewodniczący Zespołu

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)

## KARTA ZALECEŃ I DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH

*Rejestr wniosków, zaleceń oraz weryfikacji ich wykonania*

|                   |  |                      |  |
|-------------------|--|----------------------|--|
| Okres / nr sprawy |  | Data założenia karty |  |
| Źródło ustaleń    |  | Osoba prowadząca     |  |

### Zalecenia i działania naprawcze

| Lp. | Źródło i opis nieprawidłowości | Zalecenie / działanie | Odpowiedzialny | Termin | Weryfikacja i status                                                                                          |
|-----|--------------------------------|-----------------------|----------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |
| 2   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |
| 3   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |
| 4   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |
| 5   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |
| 6   |                                |                       |                |        | <input type="checkbox"/> otwarte<br><input type="checkbox"/> wykonane<br><input type="checkbox"/> niewykonane |

*W przypadku zalecenia pilnego należy równolegle niezwłocznie poinformować Dyrektora CUS i odnotować podjęte działania.*

### Ocena skuteczności działań naprawczych

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

### Zatwierdzenie / zamknięcie karty

Przewodniczący Zespołu

Dyrektor CUS

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)



## PÓŁROCZNA INFORMACJA ZBIORCZA O WYNIKACH MONITOROWANIA I OCENY

*Informację przedkłada się Dyrektorowi CUS odpowiednio do dnia 15 stycznia i 15 lipca.*

|                               |  |                     |  |
|-------------------------------|--|---------------------|--|
| Okres sprawozdawczy           |  | Data sporządzenia   |  |
| Liczba osób objętych usługami |  | Osoba sporządzająca |  |

### A. Zakres wykonanych czynności monitorujących

| Wskaźnik                                    | Plan / obowiązek | Wykonanie | Różnica | Komentarz |
|---------------------------------------------|------------------|-----------|---------|-----------|
| Wizyty w miejscu zamieszkania               |                  |           |         |           |
| Opinie osób korzystających z usług          |                  |           |         |           |
| Opinie członków rodzin / innych osób        |                  |           |         |           |
| Analizy informacji i danych elektronicznych |                  |           |         |           |
| Weryfikacje wykonania zaleceń               |                  |           |         |           |

### B. Podstawowe dane o realizacji usług

| Wskaźnik                                           | Wartość w półroczu | Poprzednie półrocze | Zmiana / uwagi |
|----------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| Godziny zaplanowane                                |                    |                     |                |
| Godziny zrealizowane                               |                    |                     |                |
| Godziny niezrealizowane                            |                    |                     |                |
| Zastępstwa i zmiany osób wykonujących              |                    |                     |                |
| Skargi i zgłoszenia - ogółem / zasadne / anonimowe |                    |                     |                |
| Zdarzenia dotyczące bezpieczeństwa                 |                    |                     |                |
| Zalecenia wydane / wykonane / niewykonane          |                    |                     |                |

### C. Ocena jakości usług według głównych kryteriów

| Kryterium                                                | Ocena ogólna                                                                                        | Najważniejsze ustalenia |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Zgodność zakresu i wymiaru z decyzjami administracyjnymi | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Terminowość i rzetelność realizacji                      | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Adekwatność wsparcia do potrzeb osób                     | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Poszanowanie dobra, intymności, godności i autonomii     | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Bezpieczeństwo i przestrzeganie zasad higieny            | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Potwierdzanie wykonanych czynności                       | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |
| Ciągłość usług i organizacja zastępstw                   | <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> wymaga poprawy <input type="checkbox"/> zła |                         |

### D. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości i ich skala

|  |
|--|
|  |
|--|

### E. Skargi, zgłoszenia i zdarzenia dotyczące bezpieczeństwa

|  |
|--|
|  |
|--|

### F. Podjęte działania naprawcze i ocena ich skuteczności

|  |
|--|
|  |
|--|

### G. Rekomendacje systemowe na następne półrocze

|  |
|--|
|  |
|--|

### H. Sprawy wymagające decyzji Dyrektora CUS

*Jeżeli nie występują, wpisać: nie stwierdzono.*

### I. Podpisy

Przewodniczący Zespołu

Członek Zespołu

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)

## KWESTIONARIUSZ OPINII O REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

*Kwestionariusz może służyć do pozyskania opinii osoby korzystającej z usług albo członka rodziny posiadającego wiedzę o ich realizacji.*

|                                   |  |                                      |                                                                                                                |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data pozyskania opinii</b>     |  | <b>Forma</b>                         | <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/><br>pisemnie |
| <b>Osoba korzystająca z usług</b> |  | <b>Nr sprawy /<br/>identyfikator</b> |                                                                                                                |

### A. Dane respondenta

| A. Dane respondenta                                               |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondent                                                        | <input type="checkbox"/> osoba korzystająca z usług <input type="checkbox"/> członek rodziny <input type="checkbox"/> inna osoba posiadająca wiedzę |
| Imię i nazwisko respondenta                                       |                                                                                                                                                     |
| Relacja z osobą korzystającą z usług                              |                                                                                                                                                     |
| Czy stan zdrowia osoby korzystającej pozwala na wyrażenie opinii? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy                   |
| Osoba pozyskująca opinię                                          |                                                                                                                                                     |

### B. Ocena usług

**B. Ocena usług**  
*Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź: 1 - bardzo źle, 2 - źle, 3 - przeciętnie, 4 - dobrze, 5 - bardzo dobrze, N/D - nie dotyczy lub brak wiedzy.*

| Lp. | Obszar oceny                                      | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | N/D | Uwagi |
|-----|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 1   | Punktualność i regularność wizyt                  | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 2   | Wykonywanie uzgodnionych czynności                | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 3   | Rzetelność i staranność                           | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 4   | Uprzejmość i sposób odnoszenia się do osoby       | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 5   | Poszanowanie intymności i godności                | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 6   | Uwzględnianie wyborów i preferencji osoby         | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 7   | Adekwatność pomocy do potrzeb                     | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 8   | Poczucie bezpieczeństwa podczas świadczenia usług | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |
| 9   | Ogólna ocena usług                                | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |       |

### C. Pytania dotyczące prawidłowości realizacji

| Pytanie                                                               | Tak                      | Częściowo                | Nie                      | N/D                      | Uwagi |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Czy usługi są wykonywane w dniach i godzinach wynikających z ustaleń? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Czy osoba wykonująca usługi realizuje przyznany zakres czynności?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Czy w razie nieobecności zapewniane jest zastępstwo?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Czy wykonane czynności są potwierdzane w uzgodniony sposób?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Czy uwagi i zgłaszane potrzeby spotykają się z właściwą reakcją?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Czy osoba korzystająca wie, gdzie zgłosić skargę lub nieprawidłowość? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |

#### C.1. Dodatkowe objaśnienia do odpowiedzi

|  |
|--|
|  |
|--|

**D. Co w usługach jest realizowane najlepiej?**

**E. Co należy poprawić lub zmienić?**

**F. Czy zakres albo wymiar usług powinien zostać dostosowany?**

*Proszę opisać potrzeby lub proponowane zmiany.*

**G. Dodatkowe uwagi, skargi lub informacje o zagrożeniach**

**H. Ocena osoby pozyskującej opinię**

|                                                              |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Czy opinia wymaga dalszej weryfikacji?                       | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - w jakim zakresie: .....          |
| Czy sprawa wymaga niezwłocznego przekazania Dyrektorowi CUS? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - data i sposób przekazania: ..... |
| Planowane dalsze czynności                                   |                                                                                              |

**I. Podpisy**

Osoba pozyskująca opinię

Respondent (podpis fakultatywny)

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)

*W przypadku opinii telefonicznej albo odmowy podpisu osoba pozyskująca opinię odnotowuje ten fakt w formularzu.*



## UPOWAŻNIENIE NR ...../2026

### do wykonywania czynności monitorujących i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Na podstawie zarządzenia nr ...../2026 Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Łomży z dnia 30 września 2026 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania i oceny świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wydanego w związku z § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 sierpnia 2026 r. w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Dz. U. z 2026 r. poz. 1067), upoważniam Pana /Panią do poniższych czynności tj.

|                                        |                                                                                          |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko                        | .....                                                                                    |
| Stanowisko służbowe                    | .....                                                                                    |
| Funkcja w Zespole                      | <input type="checkbox"/> Przewodniczący Zespołu <input type="checkbox"/> Członek Zespołu |
| Identyfikator służbowy (jeżeli nadano) | .....                                                                                    |

### Zakres upoważnienia

Osoba wskazana powyżej jest upoważniona do wykonywania, w imieniu Centrum Usług Społecznych w Łomży, następujących czynności w odniesieniu do usług opiekuńczych organizowanych lub zapewnianych przez CUS w Łomży:

- 1) przeprowadzania, w uzgodnionym terminie, wizyt w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usług opiekuńczych;
- 2) potwierdzania faktycznej realizacji usług oraz ich zgodności z przyznanym zakresem i wymiarem, w tym terminowości i rzetelności wykonywania czynności;
- 3) pozyskiwania opinii osoby korzystającej z usług, a w razie potrzeby także członków jej rodziny posiadających wiedzę o realizacji usług;
- 4) uzyskiwania niezbędnych informacji i wyjaśnień od osób wykonujących usługi, pracowników CUS oraz podmiotu realizującego usługi - w granicach przepisów prawa i postanowień zawartej umowy;
- 5) zapoznawania się z dokumentami i informacjami, w tym elektronicznymi, niezbędnymi do ustalenia sposobu i zakresu realizacji usług;
- 6) sporządzania protokołów, kart monitoringu i notatek służbowych oraz formułowania wniosków, zaleceń i propozycji działań naprawczych;
- 7) niezwłocznego przekazywania Dyrektorowi CUS informacji o poważnych nieprawidłowościach albo zagrożeniu życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osoby korzystającej z usług.

|                            |       |                     |                                                                         |
|----------------------------|-------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Upoważnienie obowiązuje od | ..... | Okres obowiązywania | <input type="checkbox"/> do odwołania <input type="checkbox"/> do ..... |
|----------------------------|-------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|

### Obowiązki osoby upoważnionej

- okazywanie niniejszego upoważnienia na żądanie osoby, której dotyczą czynności, lub innej osoby uprawnionej;
- prowadzenie czynności z poszanowaniem prywatności, miru domowego, godności, autonomii i stanu zdrowia osoby korzystającej z usług; wejście do mieszkania następuje za wiedzą i zgodą osoby uprawnionej do decydowania o wstępie;
- zachowanie poufności i tajemnic prawnie chronionych oraz przetwarzanie danych wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji powierzonych zadań.

Upoważnienie nie obejmuje prawa do składania oświadczeń woli w imieniu CUS ani nakładania obowiązków na osoby korzystające z usług lub podmiot realizujący usługi.

Osoba upoważniona  
(potwierdzam odbiór i przyjęcie obowiązków)

Dyrektor CUS

.....  
(data i podpis)

.....  
(data i podpis)

Po ustaniu ważności upoważnienia dokument należy zwrócić do Działu Administracyjnego CUS.

