

**ZARZĄDZENIE NR 20/2026**  
**KIEROWNIKA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W DĘBNICY KASZUBSKIEJ**  
**z dnia 31 sierpnia 2026 r.**

**W SPRAWIE WPROWADZENIA STANDARDU USŁUG OPIEKUŃCZYCH**  
**ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA W GMINIE DĘBNICA KASZUBSKA**

Na podstawie § 2 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej z dnia 12 lutego 2026 r., w związku z art. 50b ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639, poz. 974 i poz. 986) oraz rozporządzeniem 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), zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Wprowadza się do stosowania w Ośrodku Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej „Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania w Gminie Dębica Kaszubska”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

Standard, o którym mowa w § 1, stosuje się przy organizowaniu, realizacji, monitorowaniu i ocenie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem przepisów ustawy o pomocy społecznej oraz przepisów rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 sierpnia 2026 r. w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

**§ 3**

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikom Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej odpowiedzialnym za organizowanie, realizację, monitorowanie i rozliczanie usług opiekuńczych.

**§ 4**

Traci moc Zarządzenie nr 5/2015 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie ustalenia standardu usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.

**§ 5**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01 września 2026 r.

Zastępca Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Dębnicy Kaszubskiej  
mgr Agata Ordak-Król  
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik  
do zarządzenia Nr 20/2026  
Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Dębnicy Kaszubskiej  
z dnia 31 sierpnia 2026 r.

**STANDARD USŁUG OPIEKUŃCZYCH  
ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU  
ZAMIESZKANIA**

**GMINA DĘBNICA KASZUBSKA**

## **§ 1**

### **Przedmiot usług opiekuńczych**

1. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania są świadczeniem niepieniężnym z pomocy społecznej, przyznawanym osobom wymagającym pomocy innych osób z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn.
2. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację w zakresie niewymagającym specjalistycznej wiedzy i kompetencji oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
3. Standard stanowi dokument wewnętrzny określający zasady organizacji i realizacji usług opiekuńczych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej i jest stosowany z uwzględnieniem standardu określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 50b ust. 6 ustawy o pomocy społecznej.
4. Standard dotyczy usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, o których mowa w art. 50 ust. 1 i 1a ustawy o pomocy społecznej. Specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz usługi sąsiedzkie są organizowane na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

## **§ 2**

### **Cel usług opiekuńczych i oczekiwane efekty**

1. Celem usług opiekuńczych jest umożliwienie osobie wymagającej pomocy możliwie samodzielnego, bezpiecznego i godnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania oraz zapobieganie lub ograniczanie konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.
2. Usługi mają charakter wspierający i aktywizujący. Osoba korzystająca z usług, stosownie do swoich możliwości psychofizycznych, uczestniczy w wykonywaniu czynności dotyczących jej codziennego funkcjonowania.
3. Zakres wsparcia ustala się indywidualnie, z uwzględnieniem potrzeb, możliwości psychofizycznych, stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, zasobów własnych oraz realnej możliwości uzyskania pomocy od rodziny i innych osób.
4. Oczekiwanym efektem usług jest zaspokojenie zidentyfikowanych potrzeb, utrzymanie lub poprawa poziomu samodzielności i bezpieczeństwa oraz podniesienie jakości życia osoby korzystającej z usług.

## **§ 3**

### **Zakres przestrzenny usług opiekuńczych**

1. Usługi opiekuńcze są organizowane przez Gminę Dębica Kaszubska jako zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym.
2. Usługi są świadczone w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usług, a w zakresie wynikającym z decyzji administracyjnej również poza miejscem zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania przyznanych czynności, w szczególności podczas zakupów, załatwiania spraw urzędowych, korzystania z usług, załatwiania spraw związanych z leczeniem lub rehabilitacją, spacerów oraz realizowania kontaktów z otoczeniem.

## **§ 4**

### **Zakres podmiotowy usług opiekuńczych**

1. Osobie, która wymaga pomocy innych osób z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych, jeżeli jest osobą samotną i jest pozbawiona pomocy, której wymaga.
2. Pomoc w formie usług opiekuńczych może być przyznana również osobie, której rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni ani zstępni nie mogą zapewnić pomocy, której osoba ta wymaga.
3. Fakt posiadania rodziny nie stanowi samodzielnej podstawy do odmowy przyznania usług opiekuńczych ani automatycznego ograniczenia ich zakresu. Zakres usług ustala się indywidualnie, z uwzględnieniem potrzeb osoby oraz rzeczywistych możliwości zapewnienia jej pomocy przez rodzinę, wspólnie niezamieszkującego małżonka, wstępnych, zstępnych oraz inne osoby.

## § 5

### Zakres rzeczowy usług opiekuńczych

#### 1. Standard świadczenia usług opiekuńczych obejmuje następujące obszary:

1) w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb życiowych zapewnia się pomoc w szczególności w:

- ubieraniu się oraz zmianie odzieży i bielizny osobistej,
- przygotowaniu prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety,
- spożywaniu posiłku lub karmieniu i pojeniu sianu łóżka i zmianie pościeli,
- porządkowaniu i sprzątaniu w niezbędnym zakresie, w tym czyszczeniu urządzeń codziennego użytku i sanitarnych, wynoszeniu śmieci, przynoszeniu wody i opału, ogrzewaniu pomieszczeń za pomocą dostępnego urządzenia grzewczego, w tym paleniu w piecu i wybieraniu popiołu, z uwzględnieniem preferencji osoby, na rzecz której świadczone są usługi opiekuńcze, w zakresie temperatur,
- dokonywaniu niezbędnych zakupów albo towarzyszeniu podczas tych zakupów lub podczas korzystania z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliższej miejsca zamieszkania osoby, a także dostarczaniu pomocy rzeczowej,
- utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, takiego jak wózek, balkonik, podnośnik lub kule,
- praniu odzieży i pościeli, niezbędnym prasowaniu, oddawaniu rzeczy do pralni i odbieraniu ich z pralni,
- towarzyszeniu w załatwianiu spraw związanych z procesem leczenia, rehabilitacji i profilaktyki zdrowotnej,
- towarzyszeniu w załatwianiu spraw urzędowych i płaceniu rachunków,
- zmianie pozycji ciała, w tym przesiadaniu się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, układaniu się w łóżku oraz usadzeniu w wózku,
- korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych - wyłącznie w zakresie niewymagającym specjalistycznej wiedzy i kompetencji,

2) w zakresie opieki higienicznej zapewnia się pomoc w szczególności w:

- toalecie porannej i wieczornej, w tym goleniu maszynką do golenia, czesaniu, higienie jamy ustnej i uszu; w przypadku osoby leżącej toaleta jest wykonywana w łóżku,
- kąpieli, w tym myciu głowy,
- pielęgnacji niezmienionych chorobowo paznokci rąk i nóg,
- korzystaniu z toalety oraz naczyń sanitarnych,
- zmianie pieluchomajtek i wkładów higienicznych, z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń,

3) w zakresie zaleconej przez lekarza pielęgnacji zapewnia się pomoc niewymagającą specjalistycznej wiedzy i kompetencji, w szczególności w:

- przygotowaniu i przyjmowaniu leków,
- pielęgnacji miejsc zmienionych chorobowo - smarowaniu, wykonywaniu i zmianie drobnych opatrunków,
- mierzeniu temperatury ciała, tętna, ciśnienia, glikemii i saturacji,
- obserwacji stanu zdrowia i reagowaniu, adekwatnie do potrzeb, w sytuacji jego pogorszenia,

4) w zakresie zapewnienia kontaktów z otoczeniem zapewnia się w szczególności:

- pomoc w umożliwieniu przebywania na świeżym powietrzu, w tym towarzyszenie podczas spacerów,
- prowadzenie rozmów,
- pomoc w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktów z rodziną i społecznością lokalną, w tym z wykorzystaniem dostępnych środków komunikacji,
- pomoc w czytaniu prasy i książek oraz ich wymianie w bibliotece,
- towarzyszenie podczas drogi do instytucji kultury i rekreacji oraz w trakcie pobytu w nich.

2. Czynności są wykonywane wyłącznie w zakresie wynikającym z decyzji administracyjnej oraz Indywidualnego zakresu usług opiekuńczych, z uwzględnieniem bieżącej sytuacji osoby.

3. Czynności związane z utrzymaniem porządku dotyczą niezbędnego zakresu służącego codziennemu funkcjonowaniu osoby korzystającej z usług. Usługi nie obejmują ciężkich prac porządkowych, remontowych, gospodarczych i prac wymagających specjalistycznych kwalifikacji, w szczególności generalnego sprzątania po remontach, trzepania i prania dywanów, mycia elewacji, odśnieżania posesji, prac ogrodniczych, napraw urządzeń i instalacji ani innych czynności niezwiązanych bezpośrednio z potrzebami osoby korzystającej z usług.
4. Nie wykonuje się w ramach zwykłych usług opiekuńczych czynności medycznych lub pielęgnarskich wymagających specjalistycznej wiedzy, kompetencji, uprawnień lub kwalifikacji zawodowych. W razie wątpliwości zakres czynności ustala się z uwzględnieniem zalecenia lekarza i kompetencji osoby wykonującej usługę.

## **§ 6**

### **Organizacja i sposób świadczenia usług**

1. W razie nieobecności osoby wykonującej usługi opiekuńcze zastępstwo pełni osoba spełniająca wymagania określone w art. 50 ust. 4a ustawy o pomocy społecznej.
2. Czynności obejmujące przygotowanie prostych posiłków, spożywanie posiłku lub karmienie i pojenie, zmianę pozycji ciała, toaletę poranną i wieczorną, korzystanie z toalety i naczyń sanitarnych, zmianę pieluchomajtek i wkładów higienicznych oraz pomoc w przygotowaniu i przyjmowaniu leków mogą być świadczone osobom ich wymagającym w różnych porach dnia, adekwatnie do potrzeb, przez 7 dni w tygodniu w godzinach od 6.00 do 21.00, z wyłączeniem dni świątecznych.
3. W przypadkach uzasadnionych koniecznością nieprzerwanego świadczenia usług opiekuńczych usługi mogą być świadczone również w dni świąteczne.
4. Zmiana pozycji ciała oraz kąpiel mogą być, w przypadkach uzasadnionych stanem osoby i zasadami bezpieczeństwa, wykonywane jednocześnie przez dwie osoby w tym samym czasie.
5. Usługi świadczy się w sposób zapewniający:
  - a) kierowanie się dobrem osoby korzystającej z usług,
  - b) poszanowanie intymności i godności osobistej oraz respektowanie prawa do autonomii, podejmowania decyzji i samostanowienia,
  - c) bezpieczeństwo świadczenia usług, w szczególności przez przestrzeganie zasad higieny,
  - d) potwierdzanie wykonanych czynności przez osobę korzystającą z usług albo, gdy nie jest to możliwe, przez osobę upoważnioną lub w inny sposób ustalony przez Ośrodek.

## **§ 7**

### **Procedura przyznawania i ustalania odpłatności za usługi**

1. Postępowanie w sprawie usług opiekuńczych wszczyna się na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, a także z urzędu - w przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
2. Pracownik socjalny przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy i dokonuje diagnozy potrzeb, w szczególności w zakresie samoobsługi, funkcjonowania w gospodarstwie domowym, higieny, pielęgnacji, kontaktów z otoczeniem, stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej oraz możliwości uzyskania pomocy ze strony rodziny i innych osób.
3. Dokumentacja może obejmować, odpowiednio do okoliczności sprawy, w szczególności:
  - a) zaświadczenie lekarskie zawierające zalecenia dotyczące pielęgnacji niewymagającej specjalistycznej wiedzy i kompetencji - jeżeli taki zakres usług jest konieczny,
  - b) dokumenty potwierdzające dochód i inne dokumenty wymagane przepisami ustawy o pomocy społecznej i przepisami wykonawczymi,
  - c) orzeczenie o niepełnosprawności - jeżeli osoba je posiada i ma ono znaczenie dla ustalenia potrzeb,
  - d) inne dokumenty niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy, z zachowaniem zasady adekwatności i minimalizacji danych.

4. Zakres i wymiar proponowanych usług pracownik socjalny ustala z udziałem osoby zainteresowanej, w miarę możliwości także osoby wykonującej usługi lub koordynującej ich realizację, z wykorzystaniem Indywidualnego zakresu usług opiekuńczych stanowiącego załącznik nr 2.

5. W decyzji administracyjnej o przyznaniu usług opiekuńczych ustala się zakres, okres i miejsce świadczenia usług oraz odpłatność zgodnie z obowiązującą uchwałą Rady Gminy Dębica Kaszubska.

6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub konieczności niezwłocznego zapewnienia opieki, usługi mogą zostać przyznane w trybie pilnym. Po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego świadczenie usług może rozpocząć się przed wydaniem decyzji, a decyzja o przyznaniu usług oraz decyzja ustalająca odpłatność mogą zostać wydane po rozpoczęciu ich rzeczywistego świadczenia, nie później jednak niż w terminie 10 dni od dnia rozpoczęcia świadczenia usług.

7. Zmiana zakresu, wymiaru, okresu lub innych elementów wymagających rozstrzygnięcia administracyjnego następuje zgodnie z przepisami prawa, z uwzględnieniem wyników bieżącej oceny potrzeb i monitorowania.

## **§ 8**

### **Narzędzia stosowane w procesie organizowania i świadczenia usług**

1. Na etapie diagnozy i przyznawania usług stosuje się w szczególności:

- a) rodzinny wywiad środowiskowy,
- b) zaświadczenie lekarskie - w przypadku potrzeby realizacji pielęgnacji zaleconej przez lekarza (załącznik nr 1),
- c) Indywidualny zakres usług opiekuńczych (załącznik nr 2).

2. Na etapie realizacji usług stosuje się w szczególności:

- a) Kartę pracy osoby świadczącej usługi (załącznik nr 3),
- b) Dziennik czynności opiekuńczych (załącznik nr 4).

3. Na etapie monitorowania i oceny stosuje się Ankietę monitorującą i kartę oceny usług (załącznik nr 5), dokumentację realizacji usług, informacje o niezrealizowanych godzinach, zmianach osób wykonujących usługi, skargach i zgłoszeniach, a także wyniki wizyt monitoringowych.

## **§ 9**

### **Warunki realizacji usług opiekuńczych**

1. Osoba korzystająca z usług, w miarę swoich możliwości, zapewnia w miejscu świadczenia usług podstawowe środki i wyposażenie niezbędne do wykonania przyznanych czynności, w szczególności podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego, środki czystości, przybory toaletowe, materiały higieniczne, preparaty pielęgnacyjne oraz używany przez osobę sprzęt pomocniczy. W przypadku braku możliwości zapewnienia niezbędnych środków lub wyposażenia pracownik socjalny dokonuje oceny sytuacji i ustala sposób dalszego postępowania.

2. Jeżeli warunki lokalowe lub brak wyposażenia powodują istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa osoby korzystającej z usług albo osoby wykonującej usługi, osoba wykonująca usługę niezwłocznie zgłasza ten fakt przełożonemu lub pracownikowi socjalnemu w celu ustalenia bezpiecznego sposobu dalszego postępowania.

3. Ośrodek Pomocy Społecznej jako podmiot realizujący lub organizujący usługi zapewnia w szczególności:

- a) organizację usług adekwatną do ustalonego zapotrzebowania, w tym realizację czynności o właściwych porach dnia,
- b) organizację zastępstw osób świadczących usługi,
- c) pisemne zapoznanie osób wykonujących usługi z zakresem obowiązków i zasadami wynikającymi ze Standardu,
- d) odpowiednie warunki pracy, środki ochrony indywidualnej stosownie do wykonywanych czynności oraz rozwiązania dotyczące przejazdów i kontaktu służbowego zgodnie z przepisami prawa pracy i zasadami obowiązującymi w Ośrodku,
- e) dostęp do informacji o zagrożeniach i ryzykach związanych z wykonywaną pracą oraz szkolenia adekwatne do potrzeb,

- f) dokumentowanie procesu świadczenia, monitorowania i rozliczania usług.
4. Osoba wykonująca usługi jest zobowiązana w szczególności do:
- a) świadczenia usług sumiennie, starannie i zgodnie z zakresem przyznanym osobie korzystającej z usług,
  - b) wspierania samodzielności i aktywizowania osoby, a nie wyręczania jej w czynnościach, które może bezpiecznie wykonać sama,
  - c) poszanowania godności, intymności, autonomii i prywatności osoby korzystającej z usług,
  - d) zachowania poufności informacji uzyskanych w związku ze świadczeniem usług oraz przestrzegania zasad ochrony danych osobowych,
  - e) dbałości o bezpieczeństwo osoby i jej mienie oraz niewprowadzania do mieszkania nieupoważnionych osób,
  - f) przestrzegania zasad higieny, BHP i ochrony przeciwpożarowej,
  - g) niezwłocznego zgłaszania przełożonemu braku możliwości wykonania usługi, braku możliwości wejścia do mieszkania, pobytu osoby w szpitalu lub innej okoliczności wpływającej na realizację usług oraz niepokojących zmian w jej sytuacji,
  - h) rzetelnego i niezwłocznego rozliczania środków pieniężnych powierzonych w związku z wykonywaniem czynności określonych w indywidualnym zakresie usług, na podstawie dowodów zakupu lub zapłaty, zgodnie z zasadami obowiązującymi w Ośrodku,
  - i) niepożyczania od osoby korzystającej z usług pieniędzy lub rzeczy oraz nieprzyjmowania świadczeń mogących naruszać bezstronność lub zaufanie,
  - j) dokumentowania wykonanych czynności oraz współpracy z pracownikiem socjalnym i innymi osobami zaangażowanymi w realizację wsparcia - w zakresie niezbędnym i zgodnym z przepisami o ochronie danych.

## **§ 10**

### **Wymagania wobec osoby wykonującej usługi opiekuńcze**

1. Osobą wykonującą usługi opiekuńcze może być osoba, która:
  - a) jest pełnoletnia,
  - b) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze,
  - c) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze,
  - d) złożyła podmiotowi świadczącemu usługi opiekuńcze oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług,
  - e) ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy.
2. Ośrodek może, stosownie do organizacji pracy i charakteru powierzanych czynności, określać dodatkowe wymagania związane z kwalifikacjami, doświadczeniem, szkoleniami lub badaniami wymaganymi przepisami prawa pracy, pod warunkiem że nie naruszają one wymagań ustawowych ani zasady równego traktowania.
3. Za kwalifikacje szczególnie przydatne uznaje się m.in. przygotowanie zawodowe w zawodzie opiekuna, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby z niepełnosprawnością lub inne przygotowanie adekwatne do wykonywanych czynności.

## **§ 11**

### **Monitorowanie i ocena świadczenia usług opiekuńczych**

1. Gmina monitoruje i ocenia świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. W imieniu Gminy czynności organizacyjne w tym zakresie wykonuje Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębnicy Kaszubskiej, zgodnie z zakresem powierzonych zadań.
2. Monitorowanie świadczenia usług opiekuńczych polega na zbieraniu oraz analizowaniu informacji dotyczących sposobu, zakresu i prawidłowości realizacji usług.
3. Zbieranie informacji w ramach monitorowania świadczenia usług opiekuńczych należy do zadań pracownika socjalnego i odbywa się w szczególności poprzez:

- a) wizyty w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usług potwierdzające faktyczne realizowanie usług, przeprowadzane zgodnie z potrzebami, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku,
  - b) pozyskiwanie, nie rzadziej niż raz na pół roku, opinii osoby korzystającej z usług dotyczącej prawidłowości realizacji usług, o ile jej stan zdrowia pozwala na wyrażenie opinii,
  - c) pozyskiwanie opinii członków rodziny posiadających wiedzę na temat realizacji usług - jeżeli jest to zasadne i zgodne z przepisami o ochronie danych,
  - d) gromadzenie innych informacji dotyczących realizacji usług, w tym informacji o niezrealizowanych godzinach usług, zmianach osób wykonujących usługi, skargach oraz zgłoszeniach dotyczących nieprawidłowego świadczenia usług, w tym zgłoszeniach anonimowych.
4. Analizowanie informacji zgromadzonych w ramach monitorowania świadczenia usług opiekuńczych należy do osoby wyznaczonej przez Kierownika Ośrodka.
5. Przy ocenie świadczenia usług, w tym ich bezpieczeństwa, celowości i skuteczności, bierze się pod uwagę w szczególności:
- a) zakres i wymiar faktycznie zrealizowanych usług w stosunku do decyzji administracyjnej, w tym terminowość i rzetelność realizacji,
  - b) adekwatność świadczonego wsparcia do potrzeb osoby,
  - c) zapewnienie realizacji usług zgodnie z zasadami dobra osoby, poszanowania godności, autonomii, bezpieczeństwa i higieny oraz zasadą potwierdzania wykonanych czynności,
  - d) wnioski z monitorowania.
6. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmuje się działania zmierzające do ich wyeliminowania, odpowiednio do rodzaju nieprawidłowości, w szczególności poprzez ustalenie zaleceń, terminu ich realizacji, zmianę organizacji usług, zmianę osoby świadczącej usługi, dodatkowy instruktaż lub szkolenie, a w razie potrzeby inne działania przewidziane prawem.
7. Wyniki monitorowania i oceny dokumentuje się. Jeżeli wskazują one na zmianę potrzeb osoby korzystającej z usług, pracownik socjalny podejmuje czynności zmierzające do ponownej oceny sytuacji i, w razie potrzeby, zmiany zakresu pomocy.

## **§ 12**

### **Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Standardzie stosuje się ustawę o pomocy społecznej, przepisy wykonawcze, obowiązującą uchwałę Rady Gminy Dębica Kaszubska dotyczącą usług opiekuńczych oraz inne właściwe przepisy.
2. Dokumentację usług prowadzi się z poszanowaniem zasad ochrony danych osobowych, w szczególności adekwatności, celowości i minimalizacji zakresu przetwarzanych danych.

#### **Podstawy prawne:**

1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639, poz. 974, poz. 986).
2. Rozporządzenie 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).

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO OPS  
CELEM PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** ..... **PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Diagnoza – rozpoznanie:**

.....  
.....

**Konieczność stosowania diety:**

☐ Nie ☐ Tak – jakiej?

.....  
.....

**Zdolność pacjenta do poruszania się:**

w środowisku:

- ☐ zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego  
☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób  
☐ niezdolny do poruszania się

po mieszkaniu:

- ☐ zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego  
☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób  
☐ niezdolny do poruszania się

**Zalecane czynności pielęgnacyjne:**

- ☐ Układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała,  
☐ Opróżnianie cewnika,  
☐ Podawanie leków,  
☐ Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków,  
☐ Zakładanie kompresów i okładów,  
☐ Mierzenie temperatury ciała, tętna i ciśnienia,  
☐ Oklepywanie  
☐ Inhalacje

**Proponowana ilość godzin** .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

## INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko osoby korzystającej z usług: .....

Adres zamieszkania: .....

Okres objęty zakresem: od ..... do .....

Wymiar usług wynikający z decyzji: .....

Uwagi dotyczące organizacji (pory dnia, dni tygodnia, potrzeba dwóch osób, inne):

.....

| Zakres czynności                                                                                                  | Częstotliwość / pora | Uwagi |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|
| <b>I. ZASPOKAJANIE CODZIENNYCH POTRZEB ŻYCIOWYCH</b>                                                              |                      |       |
| Ubieranie się, zmiana odzieży i bielizny osobistej                                                                |                      |       |
| Przygotowanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem diety                                   |                      |       |
| Pomoc w spożywaniu posiłku / karmienie / pojenie                                                                  |                      |       |
| Słanie łóżka i zmiana pościeli                                                                                    |                      |       |
| Porządkowanie i sprzątanie w niezbędnym zakresie, urządzenia sanitarne, śmieci                                    |                      |       |
| Przynoszenie wody i opału, palenie w piecu, wybieranie popiołu                                                    |                      |       |
| Niezbędne zakupy / towarzyszenie przy zakupach / dostarczanie pomocy rzeczowej                                    |                      |       |
| Utrzymanie w czystości mieszkania i sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie                                |                      |       |
| Pranie odzieży i pościeli, niezbędne prasowanie, pralnia                                                          |                      |       |
| Towarzyszenie w sprawach leczenia, rehabilitacji i profilaktyki                                                   |                      |       |
| Towarzyszenie w sprawach urzędowych i płaceniu rachunków                                                          |                      |       |
| Zmiana pozycji ciała / transfer / usadzenie w wózku                                                               |                      |       |
| Pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych niewymagająca specjalistycznych kompetencji |                      |       |
| <b>II. OPIEKA HIGIENICZNA</b>                                                                                     |                      |       |
| Toaleta poranna i/lub wieczorna, golenie, czesanie, higiena jamy ustnej i uszu                                    |                      |       |
| Kąpiel, w tym mycie głowy                                                                                         |                      |       |
| Pielęgnacja niezmienionych chorobowo paznokci rąk i nóg                                                           |                      |       |
| Pomoc w korzystaniu z toalety i naczyń sanitarnych                                                                |                      |       |
| Zmiana pieluchomajtek / wkładów higienicznych i profilaktyka odparzeń/odleżyn                                     |                      |       |

|                                                                                |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>III. PIELEGNACJA ZALECONA PRZEZ LEKARZA</b>                                 |  |  |
| Pomoc w przygotowaniu i przyjmowaniu leków                                     |  |  |
| Smarowanie miejsc zmienionych chorobowo / drobne opatrunki                     |  |  |
| Pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, glikemii, saturacji                      |  |  |
| Obserwacja stanu zdrowia i reagowanie w razie pogorszenia                      |  |  |
| <b>IV. KONTAKTY Z OTOCZENIEM</b>                                               |  |  |
| Przebywanie na świeżym powietrzu / spacer                                      |  |  |
| Rozmowa i wsparcie w utrzymywaniu kontaktów społecznych                        |  |  |
| Kontakt z rodziną i społecznością lokalną, także z użyciem środków komunikacji |  |  |
| Pomoc w czytaniu prasy/książek i ich wymianie w bibliotece                     |  |  |
| Towarzystwo do instytucji kultury i rekreacji oraz podczas pobytu              |  |  |
| <b>INNE CZYNNOŚCI MIESZCZĄCE SIĘ W STANDARDZIE</b>                             |  |  |
| .....                                                                          |  |  |

Ustalenia dodatkowe: .....

.....

Data i podpis pracownika socjalnego: .....

Podpis osoby korzystającej z usług / osoby upoważnionej: .....

Potwierdzenie zapoznania się przez osobę wykonującą usługi: .....

*Sporządzono w egzemplarzach odpowiednich do organizacji realizacji usług, z zapewnieniem dostępu do aktualnego zakresu osobie korzystającej z usług i osobie wykonującej usługi.*

## Kontrolka czasu pracy opiekunki domowej

.....  
(Imię i nazwisko podopiecznego)

.....  
(imię i nazwisko opiekunki)

.....  
(Adres podopiecznego)

.....  
(miesiąc i rok)

| DATA<br>USŁUGI | CZAS PRACY<br>OD GODZ.<br>DO GODZ. | IŁOŚĆ<br>GODZIN | PODPIS<br>PODOPIECZNEGO | DATA<br>USŁUGI | CZAS PRACY<br>OD GODZ.<br>DO GODZ. | IŁOŚĆ<br>GODZIN | PODPIS<br>PODOPIECZNEGO |
|----------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 1              |                                    |                 |                         | 17             |                                    |                 |                         |
| 2              |                                    |                 |                         | 18             |                                    |                 |                         |
| 3              |                                    |                 |                         | 19             |                                    |                 |                         |
| 4              |                                    |                 |                         | 20             |                                    |                 |                         |
| 5              |                                    |                 |                         | 21             |                                    |                 |                         |
| 6              |                                    |                 |                         | 22             |                                    |                 |                         |
| 7              |                                    |                 |                         | 23             |                                    |                 |                         |
| 8              |                                    |                 |                         | 24             |                                    |                 |                         |
| 9              |                                    |                 |                         | 25             |                                    |                 |                         |
| 10             |                                    |                 |                         | 26             |                                    |                 |                         |
| 11             |                                    |                 |                         | 27             |                                    |                 |                         |
| 12             |                                    |                 |                         | 28             |                                    |                 |                         |
| 13             |                                    |                 |                         | 29             |                                    |                 |                         |
| 14             |                                    |                 |                         | 30             |                                    |                 |                         |
| 15             |                                    |                 |                         | 31             |                                    |                 |                         |
| 16             |                                    |                 |                         |                |                                    |                 |                         |

Stwierdzam wykonanie usług domowych

Razem liczba godzin .....

.....

## **DZIENNIK CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH**

**Strona pierwsza zawiera następujące informacje:**

1. Osoba objęta usługami - nazwisko i imię
2. Osoby świadczące usługi - nazwisko i imię, telefon
3. Inne osoby stale zaangażowane w sprawowanie opieki lub wspomagające (członkowie rodziny, sąsiedzi, wolontariusze) - nazwisko i imię, telefon
4. Pielęgniarka środowiskowa - nazwisko i imię, telefon
5. Lekarz prowadzący - nazwisko i imię, przychodnia, telefon
6. Pracownik socjalny - nazwisko i imię, telefon
7. Osoba do powiadomienia w nagłym wypadku - nazwisko i imię, telefon

**Kolejne strony dziennika:**

I. Wpisy osób świadczących usługi opiekuńcze potwierdzające wykonanie zleconych czynności wg schematu:

1. Data
2. Wykonane czynności  
W przypadku realizacji zakupów i recept lub opłacania rachunków wpis obejmuje:
  - a) informację o kwocie pobranej od osoby korzystającej z usług,
  - b) wklejony paragon za dokonane zakupy, zawierający tylko pozycje zakupów na rzecz osoby korzystającej z usług (dotyczy to również leków),
  - c) informację o kwocie podlegającej rozliczeniu z osobą korzystającą z usług po dokonaniu zakupów,
  - d) podpis osoby korzystającej z usług, potwierdzający rozliczenie się osoby świadczącej usługi ze środków pieniężnych.
3. Uwagi, spostrzeżenia, informacje dot. kontaktów, wizyt itp.
4. Podpis osoby dokonującej wpisu.

II. Wpisy innych osób potwierdzające fakt monitorowania środowiska i świadczonych usług opiekuńczych wg schematu:

1. Data
2. Cel wizyty
3. Podpis osoby dokonującej wpis

**ANKIETA MONITORUJĄCA I KARTA OCENY USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Data monitoringu: .....

Rodzaj: ☐ wizyta ☐ rozmowa ☐ analiza dokumentacji ☐ inne

Osoba korzystająca z usług: .....

Osoba/osoby świadczące usługi: .....

Osoba przeprowadzająca monitoring: .....

**A. POTWIERDZENIE REALIZACJI USŁUG**

| Pytanie                                                                                | Ocena                                                                                        | Uwagi |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Czy usługi są faktycznie realizowane w miejscu i okresie wynikającym z decyzji?        | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |
| Czy zakres wykonywanych czynności jest zgodny z decyzją i indywidualnym zakresem?      | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |
| Czy usługi są realizowane terminowo i rzetelnie?                                       | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |
| Czy wsparcie jest adekwatne do aktualnych potrzeb osoby?                               | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |
| Czy osoba ma zapewnione poszanowanie godności, intymności, autonomii i bezpieczeństwa? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |
| Czy wykonywane czynności są potwierdzane w ustalony sposób?                            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie |       |

**B. OPINIA OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG***Opinię pozyskuje się nie rzadziej niż raz na pół roku, o ile stan zdrowia osoby pozwala na jej wyrażenie.***Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze sposobu świadczenia usług?**

.....

**Czy osoba świadcząca usługi odnosi się do Pani/Pana z szacunkiem?**

.....

**Czy ustalone pory i zakres usług odpowiadają Pani/Pana potrzebom?**

.....

**Czy zdarzają się godziny/czynności niewykonane? Jeżeli tak - jak często i z jakiej przyczyny?**

.....

**Czy ma Pani/Pan uwagi, skargi, propozycje zmian lub potrzeby, które nie są obecnie zaspokojone?**

.....

Jeżeli opinii nie pozyskano - przyczyna: .....

### C. DANE Z BIEŻĄCEGO MONITOROWANIA

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Liczba niezrealizowanych godzin w analizowanym okresie                            |  |
| Przyczyny niezrealizowanych godzin                                                |  |
| Liczba zmian osób wykonujących usługi / zastępstw                                 |  |
| Liczba skarg i zgłoszeń, w tym anonimowych                                        |  |
| Najważniejsze zdarzenia lub nieprawidłowości                                      |  |
| Opinia członka rodziny posiadającego wiedzę o realizacji usług - jeżeli pozyskano |  |

### D. OCENA I WNIOSKI

**Ocena bezpieczeństwa usług:**

.....

**Ocena skuteczności usług:**

.....

**Ocena celowości i adekwatności wsparcia:**

.....

**Stwierdzone nieprawidłowości:**

.....

**Zalecenia / działania naprawcze:**

.....

**Termin realizacji zaleceń i sposób sprawdzenia:**

.....

**Czy istnieje potrzeba ponownej oceny sytuacji i zmiany zakresu usług? ☐ nie ☐ tak - jaka:**

.....

Podpis osoby przeprowadzającej monitoring: .....

Podpis osoby korzystającej z usług / adnotacja o braku możliwości podpisu: .....

**Dębica Kaszubska, dnia .....**

.....  
**Imię i nazwisko**

.....

.....  
**adres zamieszkania**

**Oświadczenie osoby świadczącej usługi opiekuńcze w formie  
usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych**

Oświadczam, że:

- jestem gotowy/gotowa do świadczenia usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych,
- jestem zdolny/zdolna pod kątem psychofizycznym do świadczenia usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych,
- nie należę do rodziny osoby, dla której mają być świadczone usługi,
- nie jestem zamieszkującym oddzielnie członkiem rodziny (małżonkiem, wstępnym lub zstępnym) osoby, dla której mają być świadczone usługi,

.....  
**Podpis osoby**

Dębica Kaszubska, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

**Oświadczenie osoby świadczącej usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich**

u Pani/Pana ..... (imię i nazwisko)

zamieszkałego/ zamieszkałej w .....

Oświadczam, że:

- jestem gotowy/gotowa do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich,
- jestem zdolny/zdolna pod kątem psychofizycznym do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich,
- nie należę do rodziny osoby, dla której mają być świadczone usługi,
- nie jestem zamieszkującym oddzielnie członkiem rodziny (małżonkiem, wstępnym lub zstępnym) osoby, dla której mają być świadczone usługi,
- zamieszkuję w okolicy osoby, dla której przeznaczone są usługi.

.....  
Podpis osoby