**SPRAWOZDANIE ZA ROK 2015**

**z działalności środowiskowego domu samopomocy**

**w**........................................................................

......................................................................(adres)

**typu........ liczba miejsc............**

Sprawozdanie należy sporządzić za cały okres, na który przyznano dotację w rozdziale 85203 na prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi przez Wydział Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu   
Wojewódzkiego w Warszawie **dla gminy/powiatu** ..........................................

Termin przekazania sprawozdania do Wydziału Polityki Społecznej MUW  
upływa **15 lutego każdego roku** za rok poprzedni*.*

**Część I Sprawozdanie merytoryczne**

Formy i efekty prowadzonej działalności (opis wykonania i ocena realizacji).

1. Rodzaje treningów funkcjonowania w życiu codziennym:

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

1. Rodzaje treningów umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów:

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

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

1. Rodzaje treningów umiejętności spędzania czasu wolnego:

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

1. Poradnictwo psychologiczne (opis rozwiązania: wewnętrzne czy zewnętrzne).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

1. Realizacja pomocy w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych (opis rozwiązań).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

1. Realizacja pomocy w załatwianiu spraw urzędowych (opis rozwiązań).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

1. Realizacja niezbędnej opieki (opis rozwiązań).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

1. Realizacja terapii ruchowej (opis rozwiązań).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

1. Realizacja wyżywienia (opis rozwiązań: w ramach pracowni kulinarnej czy  
   w ramach zadania własnego gminy).

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

1. Aktywizacja w kierunku uczestnictwa w innych formach w ramach WTZ, podjęcia zatrudnienia lub inne.

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

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

1. Liczba osób dowożonych do ośrodka :

* w trakcie roku ......
* średnio w ciągu miesiąca ........

Środek transportu (własny, wynajęty) opis m.in. średnia liczba przejechanych dziennie km, przewoźnik, wymiar zatrudnienia kierowcy/ów itp.

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

…...………………………...…………………………………………………………………………............

12. Opis współpracy z podmiotami w środowisku lokalnym i jej efektów.

* rodziny i opiekunowie ……………………………………………..........................................
* OPS/PCPR ………………….…………………………………………………...............................
* PZP, szpitale, lekarze...…………..….……………………………………….........................
* PUP ………………………..…………….………………………………………..............................
* org. pozarządowe............................…………….………………………………………………....
* kościoły i związki wyznaniowe ……….................................……………………………………
* placówki kulturalne …….......................…………………………………………………………
* placówki sportowe ……………..........................…………………………………………………
* placówki oświatowe ……………...........................………………………………………………
* wolontariusze (liczba zawartych umów)...................................................................
* inne jakie ……….…………..............................…………………………………………………

13. Ocena realizacji zadań i ewentualne wnioski informacje o planowanych zmianach w zakresie funkcjonowania domu

……………………………...…………………………………………………………………………............

………………………………..…………………………………………………….…………………............

………………………………...………………………………………………………………………............

………………………………...………………………………………………………………………............

**Część II Dane statystyczne**

1. Ogólna liczba uczestników w ciągu roku 2015 typ **A**.....typ **B**.......Razem...............

2. Średnia dzienna frekwencja w ciągu roku …….......................................................

3. Liczba uczestników, którzy opuścili dom oraz przyczyny:

* usamodzielnienie …………......................................…………………………………………..
* umieszczenie w placówkach całodobowej opieki ……............................………………....
* przejście do innej formy wsparcia dziennego …….............................…………………......
* zgon …………………………………………………………………...........................................
* i inne – jakie .………..............................................……………………………………………

4. Średnia liczba uczestników poszczególnych zajęć w ciągu roku:

……………………………………............................................................................................

…………………………………………………………………..........................................................

………………………………………………................................................................................

……………………………………............................................................................................

………………………………………………….............................................................................

………………………………………………….............................................................................

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

5. Zatrudnienie pracowników domu w podziale na stanowiska pracy z uwzględnieniem wymiaru etatu i rodzaju umowy ( nieokreślony/określony)

Kierownik ……………………………………………………………….......................................

Psycholog ...............................................................................................................

Terapeuta………………………………………………………………........................................

Instruktor terapii zajęciowej ……………………………………………................................

Asystent osoby niepełnosprawnej ……………………………………….............................

Pielęgniarka …………………………………………………………….......................................

Pracownik socjalny …………………………………………………………….............................

Główny księgowy .........................................................................................................

Inne specjalistyczne (jakie) …………………………………………….................................

6. **Wskaźnik zatrudnienia** pracowników zespołu wspierająco – aktywizującego dla uczestników:

- typ **A**  ........

- typ **B** ........

7. Inne formy zatrudnienia (np. umowa zlecenie) liczba godzin, rodzaj świadczonej usługi, okres czasu na jaki zawarto umowę itp.:

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

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

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

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

**Część III Sprawozdanie finansowe**

**Całość środków finansowych przeznaczonych na funkcjonowanie ŚDS w 2015 r.**

1. **Budżet wojewody - dotacja na bieżącą działalność w rozdziale 85203**

(proszę podać kwotę przeznaczoną na płace wraz obowiązkowymi składkami, w tym wyszczególnić wypłacone nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne itp. )

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

1. **Środki finansowe z gminy/powiatu** .................................…………………..

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

1. **Środki finansowe z innych źródeł ( jakich?)** …………………………................

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

1. **Budżet Wojewody – wydatki inwestycyjne( § 6310 /** **§ 6410)**

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

1. **Środki finansowe w rozdziale 85203 przeznaczone na osiągniecie standardów zgodnych z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy :**

* § 2010, § 2110 …………………………
* § 6310, § 6410……………………….

**ŁĄCZNIE KWOTA WYDATKÓW W ROKU 2015** …….........................zł w tym:

* z budżetu Wojewody ..............zł
* z innych źródeł ..............zł

**ZWROT Z DOTACJI DO BUDŻETU PAŃSTWA data**…..........., …………………zł

**Odpłatność za pobyt w ŚDS :**

* kwota pobrana od uczestników ŚDS do dnia 31.12.2015 r. ........... zł
* kwota odprowadzona do budżetu Wojewody do dnia 31.12.2015 r. .......... zł
* liczba osób wnoszących opłatęstan na dzień 31.12.2015 r. ........
* liczba osób nieodpłatnie korzystających z usług śds stan na 31.12.2015 r. ........
* liczba osób zwolnionych częściowo lub całkowicie z odpłatności stan na 31.12.2015 r. ......

**Część IV Informacja o dostosowaniu ŚDS do standardów.**

Deklaruję spełnienie przez ŚDS standardów zawartych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. Nr 238, poz. 1586 z późn. zm.).

W przypadku, gdy ŚDS nie osiągnął standardów, proszę wymienić w jakim zakresie występuje niezgodność z wymaganymi standardami i termin dostosowania placówki do standardów:

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

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

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

**Podpisy osób:**

Dyrektor/Kierownik ŚDS

.

Główny Księgowy

Dyrektor/Kierownik OPS/PCPR **\***

Wójt/Burmistrz/Prezydent/Starosta lub osoba upoważniona przez Wójta/Burmistrza/Prezydenta/Starosty

**\***w zależności od struktury organizacyjnej jednostki