**SPRAWOZDANIE ZA ROK 2017**

**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:

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

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

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

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

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

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 uczestników 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 (w tym częstotliwość grup wsparcia lub spotkań itp.)…………

………………………………………………………………………………………………………………

* 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. Jeśli w ŚDS prowadzona jest superwizja (grupowa, indywidualna) krótki opis, częstotliwość spotkań:

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

…………………………………………………………………………………………………………

14. 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 2017 typ **A**.....typ **B**.......Razem...............

2. Ogólna liczba ubezwłasnowolnionych uczestników w roku 2017…. w tym :

- całkowicie ……… osób,

- częściowo ……….osób.

3. Liczba osób w ciągu roku niepełnosprawnych fizycznie z problemami  
w zakresie lokomocji (wózek, kule itp.) …………… osób

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

5. Liczba uczestników, którzy opuścili dom oraz przyczyny odejścia:

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

6. Średnia liczba uczestników poszczególnych zajęć w ciągu roku:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapeuta zajęciowy…………………………………………………………………………………….

Instruktor terapii…………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

9. 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 2017 r.**

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

**………………………………………….zł**

*w tym:*

*- kwota na**płace nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne wraz obowiązkowymi składkami ………………….*zł

*- kwota z rezerwy celowej z programu „ Za Życiem” …………. zł*

1. Wysokość środków finansowych z gminy/powiatu .................... zł
2. Wysokość środków finansowych z innych źródeł ( jakich?)………………………............................................................................... zł
3. **Wysokość środków finansowych z budżetu Wojewody – wydatki inwestycyjne( § 6310 / § 6410)** …………………… zł
4. **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 lub § 2110 ………………
* § 6310 lub § 6410………………

**ŁĄCZNIE KWOTA WYDATKÓW W ROKU 2017** ……....................... zł w tym:

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

**ZWROT DOTACJI DO BUDŻETU PAŃSTWA kwota**……………**zł w dniu** ........... r.

**Część IV Odpłatność za pobyt w ŚDS :**

* kwota pobrana od uczestników ŚDS do dnia 31.12.2017 r. ........... zł
* kwota odprowadzona do budżetu Wojewody do dnia 31.12.2017 r. .......... zł
* liczba osób wnoszących opłatęstan na dzień 31.12.2017 r. ........
* liczba osób nieodpłatnie korzystających z usług śds stan na 31.12.2017 r. ........
* liczba osób zwolnionych częściowo lub całkowicie z odpłatności stan na 31.12.2017 r. ......

**Podpisy osób:**

Dyrektor/Kierownik ŚDS

Główny Księgowy

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

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