**/Termin przekazania sprawozdania do Wydziału Polityki Społecznej WMUW upływa z dniem 15 lutego roku następnego po okresie sprawozdawczym/.**

……………………………………

(Pieczątka ŚDS)

**SPRAWOZDANIE ZA ROK ………**

**z działalności Środowiskowego Domu Samopomocy typu …………….**

**w ………………….**

Sprawozdanie należy sporządzić za cały okres, na który Wydział Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie przyznał dotacje na prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla gminy/miasta/powiatu\*

**Sprawozdanie sporządzone za okres od ………………….. do …………………………….**

**CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**

1**. Formy i efekty prowadzonej działalności** /opis wykonania i ocena realizacji/

**a/.** Rodzaje treningów funkcjonowania w codziennym życiu:

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

**b/.** Rodzaje treningów umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów:

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

**c/.** Rodzaje treningów umiejętności spędzania czasu wolnego:

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

**d/.** Poradnictwo psychologiczne /opis rozwiązań – wewnętrzne, zewnętrzne, formy pracy/

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

\* niepotrzebne skreślić

**e/.** Realizacja pomocy w załatwianiu spraw urzędowych /opis rozwiązań/

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

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

**f/.** Realizacja pomocy w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych w tym uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt u lekarza, pomoc w zakupie leków, pomoc w dotarciu do jednostek ochrony zdrowia /opis rozwiązań w śds /

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

**g/.** Realizacja niezbędnej opieki /opis rozwiązań/

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

**h/.** Realizacja terapii ruchowej, w tym zajęcia sportowe, turystyka i rekreacja /opis rozwiązań/

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

**i/.** Realizacja wyżywienia /w ramach pracowni kulinarnej czy w ramach zadania własnego gminy/ , w tym całodobowe wyżywienie dla uczestników skierowanych na pobyt całodobowy w formie posiłków lub produktów żywnościowych do przygotowania posiłków przez uczestnika

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

**j/.** Inne formy postępowania przygotowujące do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej lub podjęcia zatrudnienia, w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy /podać formy zajęć, ile osób uczestniczyło, z jakim rezultatem/

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

**k/.** Transport uczestników zajęć /jeżeli ŚDS świadczy takie usługi - dowożenie przez ŚDS, dojeżdżają samodzielnie/opis/

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

**l/.** Realizacja współpracy z podmiotami wymienionymi w § 21 i jej efektów /rodzaj podmiotu, opis realizowanych działań i jej efekty/

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

**ł/**. Realizacja procesu dochodzenia do standardów ŚDS zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy /proszę podać poziom dochodzenia do standardów, jeżeli ŚDS nie posiada standardów/

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

**m/.** Ocena realizacji zadań placówki i ewentualne wnioski i informacje o planowanych zamierzeniach

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

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

**n/.** Dane statystyczne

* Ogólna liczba uczestników zajęć ŚDS w roku sprawozdawczym …………………….
* Średnia frekwencja uczestników w roku sprawozdawczym …………………………..
* Średnia liczba uczestników na poszczególnych zajęciach:

- treningi /jakie/…………………………………………………………..……………...............

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

- pracownie/sale /jakie/ ……………………………………………………………………………….

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

- terapia ruchowa …………………………………………………………………………….....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- aktywizacja zawodowa ……………………………………………………………………….

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

- terapie specjalistyczne /aromatoterapia, logopedia, socjoterapia itp./ ………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

- innych /jakich/ ……………………………………………………….......................................

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

* Liczba uczestników, których wykreślono z ewidencji ŚDS z powodu:

- rezygnacji uczestnika ………..……

- usamodzielnienia ……………….

- umieszczenia w placówce całodobowej opieki ………………..

- przejścia do innej formy wsparcia dziennego /jakiej/ ……………………

- zgonu ………………..…..

- inne /jakie/ ……………………………………………………………………………………

**o/.** Struktura zatrudnienia pracowników ŚDS /proszę podać liczbę pracowników w podziale na stanowiska pracy, **rodzaj** umowy (czas określony, nieokreślony, zastępstwo), **formę** (umowa o prace, zlecenie, inne /

- kierownik ……………………………………………………………………………………..….

- psycholog …………………………………………………………………………………………

- pedagog …………………………………………………………………………………………..

- pracownik socjalny ……….………………………………………………………………………………………….…

- instruktor terapii zajęciowej ………………………………………………………………………

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

- asystent osoby niepełnosprawnej …………………………………………………………….......

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

- inne specjalistyczne /podać jakie/ ………………………………..……………………………………………………………………

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

- inni pracownicy, niezbędni do prawidłowego funkcjonowania Domu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CZĘŚĆ II.** ZASOBY DOMU, PRZEZNACZONE NA JEGO FUNKCJONOWANIE, W TYM W ZAKRESIE:

**Środki finansowe przeznaczone na funkcjonowanie ŚDS w roku sprawozdawczym …………………………………………………, w tym:**

* **Budżet Wojewody –** dotacja na bieżące działania w rozdziale 85 203

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

* **Rezerwa budżetowa –** opis przeznaczenia

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

* **Środki finansowe** z gminy/powiatu

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

* **Środki finansowe** pozyskanez innych źródeł

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

**OCENA REALIZACJI ZADAŃ I EWENTUALNE WNIOSKI, W TYM INFORMACJE   
O PLANOWANYCH ZMIANACH W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA DOMU.**

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

……………………………………

Podpis i pieczątka kierownika/dyrektora ŚDS