

ZARZĄDZENIE Nr 14/2024

**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu
z dnia 28 marca 2024 r.**

w sprawie zatwierdzenia zmiany Regulaminu Organizacyjnego Warsztatu Terapii Zajęciowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2284), § 5 ust. 1, § 6 ust. 3 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu, nadanego uchwałą Nr XX/206/2016 Rady Miejskiej w Mielcu z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie nadania Statutu Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mielcu, zmienionego uchwałą Nr XXVIII/279/2016 Rady Miejskiej w Mielcu z dnia 19 grudnia 2016 r., uchwałą Nr XXII/217/2020 Rady Miejskiej w Mielcu z dnia 09 czerwca 2020 r. uchwałą Nr XXX/324/2021 Rady Miejskiej w Mielcu z dnia 25 marca 2021 r. oraz § 5 ust. 7 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu

zarządzam co następuje:

§ 1

W Regulaminie Organizacyjnym Warsztatu Terapii Zajęciowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu ustalonym Zarządzeniem NR 11/2021 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu z dnia 10 marca 2021 r. zatwierdzam zmiany w brzmieniu:

1) § 1 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Ilekroć w Regulaminie używane jest określenie:

- 1) MOPS w Mielcu - należy przez to rozumieć Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu, który jest jednostką prowadzącą Warsztat;
- 2) Dyrektor MOPS - należy przez to rozumieć Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu;
- 3) Zastępca Dyrektora MOPS - należy przez to rozumieć Zastępcę Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu;
- 4) Warsztat - należy przez to rozumieć Warsztat Terapii Zajęciowej będący jednostką organizacyjną Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu;
- 5) Kierownik - należy przez to rozumieć Kierownika Warsztatu Terapii Zajęciowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu;

6) Uczestnik - należy przez to rozumieć uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu."

2) § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Warsztat podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora MOPS.”

3) § 9 otrzymuje brzmienie:

„§ 9. 1. Kierownik Warsztatu odpowiada za całokształt działalności Warsztatu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

2. Do obowiązków Kierownika Warsztatu należy w szczególności:

- 1) prawidłowe, zgodne z obowiązującymi przepisami i wytycznymi organizowanie i koordynowanie pracy w podległej komórce organizacyjnej w sposób umożliwiający realizację powierzonych zadań;
- 2) sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej zmierzającej do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności każdego uczestnika, niezbędnych do możliwie niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia w środowisku;
- 3) planowanie:
 - a) rozkładu zajęć w Warsztacie;
 - b) przerw wakacyjnych Uczestników Warsztatu;
 - c) urlopów pracowników Warsztatu;
- 4) ustalanie liczebności grup terapeutycznych z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności Uczestników oraz wyznaczanie osoby prowadzącej zajęcia z daną grupą;
- 5) bieżące, merytoryczne szkolenie-instruowanie podległych pracowników w zakresie wykonywania przez nich powierzonych zadań;
- 6) nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa wynikających z aktów powszechnie obowiązujących, jak i uregulowań wewnętrznych przez podległych pracowników;
- 7) opracowywanie zakresów czynności dla podległych pracowników;
- 8) opracowywanie pism i innych dokumentów w tym prowadzenie nadzoru nad dokumentacją przygotowywaną przez podległych pracowników z uwzględnieniem prawidłowości jej obiegu i trybu zatwierdzania zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną, Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Ośrodka oraz zgodnie z zasadami obiegu dokumentów;
- 10) sprawowanie kontroli funkcjonalnej w podległej komórce organizacyjnej w ramach systemu kontroli zarządczej oraz zarządzanie ryzykiem w zakresie działań Warsztatu;
- 11) dbanie o zapewnienie sprawnego przepływu informacji w podległej komórce organizacyjnej oraz m.in. komórkami organizacyjnymi przy realizacji zadań Ośrodka;
- 12) przeprowadzenie szacowania ryzyka, ocenę jego istotności i postępowanie z ryzykiem w zakresie ochrony danych osobowych w podległej komórce organizacyjnej;
- 13) podpisywanie dokumentacji w ramach posiadanych uprawnień;

- 14) przestrzeganie tajemnicy informacji prawnie chronionej oraz zachowanie w tajemnicy informacji uzyskanych podczas przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych - także po ustaniu zatrudnienia;
 - 15) nadzór nad przestrzeganiem zasad i stosowaniem zabezpieczeń służących bezpieczeństwu przechowywanych i przetwarzanych danych osobowych w podległej komórce organizacyjnej;
 - 16) sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad ochroną mienia, nad porządkiem i dyscypliną pracy, przestrzeganiem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz przepisów przeciwpożarowych przez podległych pracowników;
 - 17) stałe uzupełnianie wiadomości fachowych i wykorzystywanie ich podczas wykonywania pracy;
 - 18) usprawnianie organizacji, metod i form pracy w podległych komórkach organizacyjnych
w tym racjonalne wykorzystywanie czasu pracy, kwalifikacji i umiejętności przy wykonywaniu obowiązków zawodowych;
 - 19) przestrzeganie zasad etyki zawodowej, w tym zapobieganie mobbingowi oraz dyskryminacji wśród pracowników zgodnie z regulaminem obowiązującym w Ośrodku;
 - 20) współpraca przy realizacji strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz zbieranie i opracowywanie danych służących sprawozdawczości;
 - 21) wykonywanie zadań w zakresie szkoleń pracowników Warsztatu zgodnie z odrębnym regulaminem regulującym kwestię szkoleń pracowników Ośrodka, obowiązującym w Ośrodku;
 - 22) dokonywanie okresowych ocen podległych pracowników zgodnie z odrębnym regulaminem regulującym tę kwestię, obowiązującym w Ośrodku;
 - 23) kontrola wykonywania zaleceń wynikających z okresowych ocen pracowników;
 - 24) informowanie pracowników Działu Organizacji i Kadr o konieczności zaktualizowania strony internetowej i tablicy ogłoszeń w zakresie zadań realizowanych w kierowanej komórce organizacyjnej;
 - 25) bieżące monitorowanie dostępności funduszy umożliwiających pozyskiwanie środków pozabudżetowych krajowych i zagranicznych, w tym Unii Europejskiej na realizację zadań Ośrodka oraz na realizację nowych rozwiązań w systemie wsparcia społecznego;
 - 26) przekazywanie Dyrektorowi Ośrodka informacji o możliwościach pozyskania funduszy zewnętrznych na realizację zadań Ośrodka oraz na realizację nowych rozwiązań w systemie wsparcia społecznego;
 - 27) pomoc (konsultacje i doradztwo) w przygotowywaniu dokumentacji umożliwiającej aplikowanie o środki unijne i inne fundusze zewnętrzne na realizacji programów i projektów pomocowych.
3. Kierownik odpowiedzialny jest wobec przełożonych za prawidłową, zgodną zobowiązującymi przepisami i zasadami realizację prac oraz wywiązywanie się z obowiązków w zakresie działania podlegających im komórek organizacyjnych.


4. Kierownik sprawuje kontrolę merytoryczną i/lub rachunkową dowodów księgowych w obrębie zadań realizowanych przez komórkę organizacyjną, którą kieruje. W przypadku nieobecności Kierownika kontrolę merytoryczną i/lub rachunkową sprawuje upoważniony pracownik.
 5. Kierownik jest zobowiązany przestrzegać przepisów prawa, w tym także przepisów wewnętrznych dotyczących udzielania zamówień publicznych.
 6. Kierownik reprezentuje Warsztat wobec jednostek nadrzędnych, urzędów i instytucji w ramach upoważnień i kompetencji;
 7. Kierownik prowadzi korespondencję z jednostkami i organizacjami współpracującymi z Warsztatem w zakresie udzielonego upoważnienia;
 8. W czasie nieobecności Kierownika obowiązki dla niego zastrzeżone przejmuje osoba wskazana przez bezpośredniego przełożonego bądź przez Zastępcę Dyrektora Ośrodka.”
- 4) Załącznik Nr 1 otrzymuje brzmienie określone w Załączniku Nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 5) Załącznik Nr 2 otrzymuje brzmienie określone w Załączniku Nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuję Kierownika i pracowników Warsztatu Terapii Zajęciowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mielcu do zapoznania się z treścią niniejszego zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01-04-2024 r.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Mielcu

mgr Anna Adamczyk

„załącznik nr 2
do Regulaminu
Organizacyjnego
Warsztatu Terapii
Zajęciowej
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Mielcu

KWESTIONARIUSZ UCZESTNIKA WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ W MIELCU

I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA WTZ:

1. IMIĘ.....
2. NAZWISKO.....
3. DATA URODZENIA (dzień, miesiąc, rok).....
4. IMIONA RODZICÓW:

5. PESEL

6. ADRES ZAMIESZKANIA:

 miescowość.....

 kod pocztowy.....

 ulica, numer domu i mieszkania.....

Wypełnić punkt 7 w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

7. ADRES DO KORESPONDENCJI:

 miescowość.....

 kod pocztowy.....

 ulica, numer domu i mieszkania.....

8. TELEFON: domowy.....komórkowy:.....

9. SYTUACJA PRAWNA UCZESTNIKA – UBEZWŁASNOWIENIE

NIE

TAK

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA:

1) częściowe

2) całkowite

IMIĘ:

NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

NR TELEFONU.....

II. SYTUACJA RODZINNA: /członkowie rodziny/

Lp.	Imię i Nazwisko	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy lub nauki	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

III. CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI MIESZKANIOWEJ OSOBY/RODZINY:

1. Typ mieszkania (właściwe zakreślić):

- mieszkanie w bloku parter piętro (.....)
 dom jednorodzinny parter piętro (.....)
 inne (jakie?).....

2. Liczba pokoi/izb.....

3. Oddzielna kuchnia tak nie

4. Wyposażenie mieszkania w instalację:

- | Woda zimna: | Woda ciepła: |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> w mieszkaniu | <input type="checkbox"/> w mieszkaniu |
| <input type="checkbox"/> poza mieszkaniem | <input type="checkbox"/> poza mieszkaniem |
| <input type="checkbox"/> poza budynkiem | <input type="checkbox"/> poza budynkiem |
| <input type="checkbox"/> brak wody | <input type="checkbox"/> brak wody |
| Łazienka: | WC: |
| <input type="checkbox"/> w mieszkaniu | <input type="checkbox"/> w mieszkaniu |
| <input type="checkbox"/> poza mieszkaniem | <input type="checkbox"/> poza mieszkaniem |
| <input type="checkbox"/> brak łazienki | <input type="checkbox"/> poza budynkiem |
| Ogrzewanie: | Gaz: |
| <input type="checkbox"/> piece węglowe | <input type="checkbox"/> tak |
| <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralno-gazowe | |
| <input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne-akumulacyjne | |
| <input type="checkbox"/> brak ogrzewania | |

5. Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego (tj. sprzęt niezbędny danej osobie lub rodzinie do prowadzenia, w miarę możliwości, samodzielnego gosp. domowego).

- tak nie

Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:

6. Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej?

- tak nie

7. Czy osoba niepełnosprawna posiada:

- osobny pokój tak nie
samodzielne łóżko tak nie

.....
Data i podpis uczestnika/rodzica /opiekuna"

„załącznik nr 1
do Regulaminu Organizacyjnego
Warsztatu Terapii Zajęciowej
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Mielcu

KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA WTZ

I DANE OSOBOWE UCZESTNIKA WTZ:

- 1) IMIĘ.....
- 2) NAZWISKO.....
- 3) DATA URODZENIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK).....
- 4) PESEL:.....
- 5) ADRES ZAMIESZKANIA:
MIEJSCOWOŚĆ.....
KOD POCZTOWY.....
ULICA, NUMER DOMU I MIESZKANIA.....

II. SCHORZENIE /NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ/ PODSTAWOWE

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

III. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE (choroby serca, nerek, otyłość itd.)

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

IV. AKTUALNE KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – poradnie specjalistyczne, pod których opieką medyczną aktualnie jest uczestnik - np.: endokrynologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, urologiczna, kardiologiczna itd.

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

V. AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE:

Lp.	LEKARZ ZLECAJĄCY	NAZWA LEKU	DAWKA	ROZŁOŻENIE LEKÓW W CIĄGU DOBY			UWAGI
				RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR	

VI. PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, ZABIEGI, OPERACJE:

DATA	RODZAJ

VII. UCZULENIA (ALERGIA):

NA CO:

OBJAWY UCZULENIA:.....

VIII. DOLEGLIWOŚCI, OBJAWY SOMATYCZNE (ból głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, moczenie nocne, duszności, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, itd.) i ich częstotliwość występowania.

.....

IX. UWAGI:

.....

Zobowiązuję się do bieżącego uzupełniania informacji dotyczących zmian stanu zdrowia, ewentualnej zmiany leków i sposobu ich dawkowania, oraz bieżących informacji dotyczących wskazań i przeciwwskazań odnośnie rehabilitacji ruchowej.

.....
 data

.....
 podpis uczestnika/rodzica/ opiekuna

X. WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU UCZESTNIKA UBEZWŁASNOWLIONEGO:

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA:

IMIĘ.....

NAZWISKO.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

NR TELEFONU.....

