



Załącznik

do: Zarządzenia Nr 14/2023 z dnia 14.04.2023 r.
Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie

PROCEDURY OPINIOWANIA PLACÓWKI MAJĄCEJ ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCZNIENIOWEJ – MODUŁ CAŁODOBOWY

W przypadku, gdy uczestnik Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2023 w karcie zgłoszenia do Programu – moduł całodobowy wskaże placówkę inną niż wpisaną do rejestru właściwego wojewody zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, tj. „inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu” zastosowanie mają niniejsze procedury.

1. Procedury opiniowania powstały w oparciu o art. 68 oraz art. 68a ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.
2. Pomimo tego, że placówka nie posiada zezwolenia wojewody – Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 zezwala na wskazanie przez uczestnika Programu innej placówki.
3. Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie celem wydania pozytywnej opinii uwzględnić będzie przede wszystkim:
 - a) rodzaj/zakres świadczonych usług opiekuńczych oraz bytowych,
 - b) zatrudnienie przez placówkę odpowiedniej kadry, w tym kwalifikacje osób świadczących usługę opiekę wytchnieniową zgodnie z założeniami Programu, tj.
 - osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej / pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia do Programu),
 - osoby z przynajmniej średnim wykształceniem posiadające przynajmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy / opieki osobom niepełnosprawnym;
 - c) opinię o placówce z ogólnodostępnych źródeł, w tym posiadane przez placówkę inne rekomendacje,
 - d) koszty usługi zgodnie z wytycznymi Programu – koszty muszą być kwalifikowalne (nie więcej niż 600 zł brutto za dzień pobytu). Koszty świadczenia usługi opieki wytchnieniowej mogą dotyczyć wszystkich kosztów bieżących związanych z realizacją tej usługi, takich jak:



- wynagrodzenia personelu instytucji świadczącej usługi opieki wytchnieniowej;
 - dostaw mediów (opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków, opłaty za usługi telefoniczne i internetowe);
 - czynszu, najmu, opłat administracyjnych dotyczących lokalu (m.in. wywóz śmieci), w którym sprawowana jest usługa opieki wytchnieniowej;
 - przygotowania i zakupu wyżywienia;
 - kosztów związanych z utrzymaniem czystości;
 - kosztów zakupu środków higienicznych;
 - zakup środków ochrony osobistej;
- e) gotowość Placówki do współpracy, w tym gotowość do świadczenia usługi w sytuacjach nagłych/losowych/interwencyjnych.
4. Celem obiektywnego opiniowania ustalano, że decydem w sprawie akceptacji wyboru Placówki będzie zespół opiniujący w składzie:
- a) Zespół koordynujący Program,
 - b) Główna księgowa.
5. Narzędziem stosowanym do oceny placówki będzie „Kwestionariusz opiniowania placówki świadczącej usługę opieki wytchnieniowej – moduł całodobowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do niniejszej Procedury.
6. W wyniku przeprowadzonej analizy kwestionariusza opiniowania Placówki oraz w toku weryfikacji pozostałych wytycznych, o których mowa w pkt 3 Procedury, sporządzony zostanie Protokół oceny placówki, stanowiący **załącznik nr 2** do niniejszej Procedury. Uczestnik Programu otrzymuje dokumentację do wglądu i potwierdza pisemnie zapoznanie się z jej treścią.
7. Jeśli Uczestnik nadal podtrzymuje chęć skorzystania z wybranej przez siebie placówki, a zespół opiniujący zatwierdzi wybór Placówki przez uczestnika Programu – Gmina Międzychód poprzez Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie nawiąże umowę z przedstawicielem wskazanej Placówki, w szczególności określając warunki płatności, rodzaje kwalifikowanych do wykonywania usług opieki wytchnieniowej kosztów oraz uprawnienia osób, które mogą świadczyć ww. usługę.
8. Placówka oraz uczestnik Programu zobowiązani będą do współdziałania w zakresie:
- a) rozliczalności – poprzez systematyczne i prawidłowe oraz terminowe wypełnianie karty realizacji usługi oraz dostarczenie jej do zespołu koordynującego Program,



- b) przekazywania niezbędnych informacji – tj. Placówka zobowiązana jest poinformować uczestnika o przysługujących mu prawach i obowiązkach; a uczestnik zobowiązany jest dostarczyć Placówce wszelkie niezbędne informacje oraz dokumenty wymagane przez Placówkę celem realizacji usługi. Placówka zapewnia nienaganną jakość świadczonych usług, w tym zobowiązuje się do przestrzegania zasady poufności i starannego przestrzegania innych zasad związanych z ochroną danych osobowych uczestnika,
- c) Placówka oraz uczestnik monitorują limit wykorzystanych dni usługi - maksymalnie 14 dni,
- d) Placówka nie pobiera od uczestnika żadnych opłat za realizację usługi opieki wytchnieniowej,
- e) usługa opieki wytchnieniowej powinna być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności,
- f) w pozostałym nie wymienionym wyżej zakresie obowiązywać będzie:
 - dla Placówki – zawarta między Placówką, a Gminą Międzychód/Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Międzychodzie umowa o świadczenie usług w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2023
 - dla uczestnika – Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2023 oraz regulamin Programu.



STANDARDY USŁUG W PLACÓWKACH ZAPEWNIAJĄCYCH CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, PRZEWLEKLE CHORYM LUB OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU

w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, zgodnie z treścią art. 68 i art. 68 a ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej

I. **Opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług:**

1) opiekuńczych zapewniających:

- a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
- c) opiekę higieniczną,
- d) niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
- e) kontakty z otoczeniem;

2) bytowych zapewniających:

- a) miejsce pobytu,
- b) wyżywienie,
- c) utrzymanie czystości.

II. **Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać** stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

III. **Usługi opiekuńcze powinny zapewniać:**

- 1) pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu;
- 2) organizację czasu wolnego;
- 3) pomoc w zakupie odzieży i obuwia;
- 4) pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

IV. **Miejsce pobytu powinno spełniać następujące warunki:**

- 1) budynek i jego otoczenie – bez barier architektonicznych;
- 2) w budynkach wielokondygnacyjnych bez dźwigów osobowych – pokoje mieszkalne oraz pomieszczenia wymienione w ust. 5 usytuowane na parterze;
- 3) pokoje mieszkalne – nie więcej niż trzyosobowe, z tym że:
 - a) pokój jednoosobowy – nie mniejszy niż 9 m²,
 - b) pokój dwu- i trzyosobowy – o powierzchni nie mniejszej niż po 6 m² na osobę,
 - c) pokoje mieszkalne – wyposażone w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła i szafkę nocną dla każdej osoby,
 - d) pokój mieszkalny uznaje się za spełniający wymaganą normę, o której mowa w lit. a i b, jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%. 4a. Jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być



mniejsza niż 6 m² na osobę. Pokój uznaje się za spełniający wymaganą normę jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%.

V. **Placówka powinna posiadać:**

- 1) pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia;
- 2) pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia;
- 3) jedną łazienkę dla nie więcej niż pięciu osób i jedną toaletę dla nie więcej niż czterech osób, wyposażone w uchwyty ułatwiające osobom mniej sprawnym korzystanie z tych pomieszczeń, z tym że jeśli liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%.

VI. **Placówka powinna zapewnić:**

- 1) co najmniej 3 posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne, zgodnie ze wskazaniem lekarza;
- 2) przerwę między posiłkami nie krótszą niż 4 godziny, przy czym ostatni posiłek nie powinien być podawany wcześniej niż o godzinie 18;
- 3) dostęp do drobnych posiłków i napojów między posiłkami;
- 4) możliwość spożywania posiłków w pokoju mieszkalnym, w razie potrzeby karmienie;
- 5) środki higieny osobistej, środki czystości, przybory toaletowe i inne przedmioty niezbędne do higieny osobistej;
- 6) sprzątanie pomieszczeń, w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie.

VII. **Wymóg dotyczący umiejscowienia pokoi mieszkalnych, pokoju dziennego pobytu, pomieszczenia pomocniczego do prania i suszenia oraz łazienek na parterze w przypadku budynków wielokondygnacyjnych bez dźwigów osobowych nie ma zastosowania do placówek, w których przebywa nie więcej niż 5 osób, jeżeli placówki te są wyposażone w urządzenie do przemieszczania osób niepełnosprawnych, a łazienki i toalety znajdują się na tej samej kondygnacji, na której znajdują się pokoje mieszkalne. W jednym budynku placówki nie może przebywać więcej niż 100 osób, którym jest zapewniana opieka całodobowa.**



PRZEZNACZENIE PLACÓWKI	<ol style="list-style-type: none">1) Ze względu na płeć:<ol style="list-style-type: none">a) kobietb) mężczyznc) dzieci 2) Ze względu na cechy szczególne:<ol style="list-style-type: none">a) osób starszychb) somatycznie chorychc) niepełnosprawnych intelektualnied) niepełnosprawnych fizyczniee) psychicznie chorychf) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnieg) chorych na Alzheimerah) chorych na Parkinsonai) dla osób leżącychj) inne..... 3) Dla osób sprawnych umysłowo:<ol style="list-style-type: none">a) takb) nie 4) Dla osób niepełnosprawnych fizycznie:<ol style="list-style-type: none">a) takb) nie
ZAKRES USŁUG ŚWIADCZONYCH W PLACÓWCE	<ol style="list-style-type: none">1) Opieka lekarska..... 2) Opieka pielęgniarska:<ol style="list-style-type: none">a) w dzień: pielęgniarek i / lub opiekunekb) w nocy: pielęgniarek i / lub opiekunek 3) Rehabilitacja w placówce:<ol style="list-style-type: none">a) takb) nie- rodzaje rehabilitacji: 4) Terapia zajęciowa:<ol style="list-style-type: none">a) takb) nie



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

	<p>- rodzaje terapii:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>5) Inne usługi:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

1	CZY PLACÓWKA ŚWIADCZY PRZEZ CAŁĄ DOBĘ USŁUGI OPIEKUŃCZE, Jeśli TAK, podać w jakim zakresie pkt. 1.a. – 2.e.	TAK	NIE
1.a.	UDZIELANIE POMOCY W PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCIACH ŻYCIOWYCH	TAK	NIE
1.b.	PIELĘGNACJĘ, W TYM W CZASIE CHOROBY	TAK	NIE
1.c.	OPIEKĘ HIGIENICZNĄ	TAK	NIE
1.d.	NIEZBĘDNĄ POMOC W ZAŁATWIANIU SPRAW OSOBISTYCH	TAK	NIE
1.e.	KONTAKTY Z OTOCZENIEM	TAK	NIE
2	CZY PLACÓWKA ŚWIADCZY PRZEZ CAŁĄ DOBĘ USŁUGI BYTOWE Jeśli TAK, podać w jakim zakresie pkt. 2.a. – 2.c.	TAK	NIE
2.a.	MIEJSCE POBYTU	TAK	NIE
2.b.	WYŻYWIENIE	TAK	NIE
2.c.	UTRZYMANIE CZYSTOŚCI	TAK	NIE
3.	CZY PLACÓWKA PRZY ŚWIADCZENIU USŁUG UWZGLĘDNIĄ:		
3.a.	STAN ZDROWIA UCZESTNIKA	TAK	NIE
3.b.	SPRAWNOŚĆ FIZYCZNĄ	TAK	NIE
3.c.	SPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNĄ	TAK	NIE
3.d.	INDYWIDUALNE POTRZEBY I MOŻLIWOŚCI UCZESTNIKA	TAK	NIE
3.e.	PRAWA CZŁOWIEKA, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI: PRAWO DO GODNOŚCI, WOLNOŚCI, INTYMNOŚCI I POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA	TAK	NIE
4.	FORMY USŁUG OPIEKUŃCZYCH – CZY PLACÓWKA ZAPEWANIA:		
4.a.	POMOC W CZYNNOŚCIACH ŻYCIA CODZIENNEGO, W TYM W MIARĘ POTRZEBY POMOC W UBIERANIU SIĘ, JEDZENIU, MYCIU I KĄPANIU	TAK	NIE



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

4.b.	ORGANIZACJĘ CZASU WOLNEGO	TAK	NIE
4.c.	POMOC W ZAKUPIE ODZIEŻY I OBUWIA	TAK	NIE
4.d.	PIELĘGNACJĘ W CHOROBIĘ ORAZ POMOC W KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	TAK	NIE
	WARUNKI DOTYCZĄCE MIEJSCA POBYTU		
5	BUDYNEK I JEGO OTOCZENIE – BEZ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH Uwagi:	TAK	NIE
6	JEŚLI BUDYNEK JEST WIELOKONDYGNACYJNY BEZ DŹWIGÓW OSOBOWYCH (nie ma zastosowania do placówek, w których przebywa nie więcej niż 5 osób, jeżeli placówki te są wyposażone w urządzenie do przemieszczania osób niepełnosprawnych, a łazienki i toalety znajdują się na tej samej kondygnacji, na której znajdują się pokoje mieszkalne), CZY NA PARETRZE ZNAJDUJĄ SIĘ:	TAK	NIE
6.a.	POKÓJ DZIENNEGO POBYTU SŁUŻĄCY JAKO JADALNIA	TAK	NIE
6.b.	POKOJE MIESZKALNE	TAK	NIE
6.c.	POMIESZCZENIE POMOCNICZE DO PRANIA I SUSZENIA	TAK	NIE
6.d.	JEDNA ŁAZIENKA DLA NIE WIĘCEJ NIŻ 5 OSÓB	TAK	NIE
6.e.	JEDNA TOALETA DLA NIE WIĘCEJ NIŻ 4 OSÓB	TAK	NIE
7	CZY ŁAZIENKA ORAZ TOALETA WYPOSAŻONA JEST W UCHWYTY UŁATWIAJĄCE OSOBOM MNIEJ SPRAWNYM KORZYSTANIE Z TYCH POMIESZCZEŃ	TAK	NIE
8	CZY PLACÓWKA POSIADA POKOJE MIESZKALNE, NIE WIĘCEJ NIŻ 3 OSOBOWE Jeśli NIE, podać ilu osobowe są pokoje, jeśli TAK wypełnić pkt. 9.a. – 9.b. <i>(*dopuszczalne odstępstwo od w/w powierzchni nie większe niż 5%. Jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m² na osobę)</i>	TAK	NIE
8.a.	POKÓJ JEDNOOSOBOWY – POWIERZCHNIA NIE MNIEJ NIŻ 9 m.kw.	TAK	NIE
8.b.	POKÓJ DWU I TRZY – OSOBOWY – POWIERZCHNIA NIE MNIE NIŻ po 6 m.kw. na osobę		



9	WYPOSAŻANIE POKOJU MIESZKALNEGO, CZY POKÓJ POSIADA DLA KAŻDEJ OSOBY:		
9.a.	ŁÓZKO LUB TAPCZAN	TAK	NIE
9.b.	SZAFĘ	TAK	NIE
9.c.	STÓŁ	TAK	NIE
9.d.	KRZESŁA	TAK	NIE
9.e.	SZAFKĘ NOCNAŁ	TAK	NIE
10	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI CO NAJMNIEJ 3 POSIŁKI DZIENNE, W TYM POSIŁKI DIETETYCZNE (ZGODNIE ZE WSKAZANIEM LEKARZA)	TAK	NIE
11	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI PRZERWĘ POMIĘDZY POSIŁKAMI NIE KRÓTSZĄ NIŻ 4 GODZINY, PRZY CZYM OSTATNI POSIŁEK NIE POWINIEN BYĆ PODAWANY WCZEŚNIEJ NIŻ O GODZINIE 18:00	TAK	NIE
12	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI DOSTĘP DO DROBNYCH POSIŁKÓW I NAPOJÓW MIĘDZY POSIŁKAMI	TAK	NIE
13	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI MOŻLIWOŚĆ SPOŻYWANIA POSIŁKÓW W POKOJU MIESZKALNYM, A W RAZIE POTRZEBY KARMIENIE	TAK	NIE
14	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI ŚRODKI HIGIENY OSOBISTEJ, ŚRODKI CZYSTOŚCI, PRZYBORY TOALETOWE I INNE PRZEDMIOTY NIEZBĘDNE DO HIGIENY OSOBISTEJ	TAK	NIE
15	CZY PLACÓWKA ZAPEWNI SPRZĄTANIE POMIESZCZEŃ, W MIARĘ POTRZEBY – NIE RZADZIEJ NIŻ RAZ DZIENNIE	TAK	NIE
16	CZY PLACÓWKA UDOSTĘPNI W WIDOCZNYM MIEJSCU W BUDYNKU, W KTÓRYM PROWADZI PLACÓWKĘ - NA TABLICY OGŁOSZEŃ INFORMACJE DOTYCZĄCE:		
16.a.	a) zakresu działalności prowadzonej w placówce	TAK	NIE
16.b.	b) podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu	TAK	NIE
17	CZY PLACÓWKA ZATRUDNIA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH:		
17.a.	OSOBY POSIADAJĄCE DYPLOM POTWIERDZAJĄCY UZYSKANIE KWALIFIKACJI W ZAWODZIE ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / PIELĘGNIARKA LUB INNYM, ZAPEWNIAJĄCYM REALIZACJĘ USŁUGI OPIEKI WYTCHEINIOWEJ W ZAKRESIE ADEKWATNYM DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB OSOBY	TAK	NIE



	NIEPEŁNOSPRAWNEJ (WYNIKAJĄCYCH Z KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU PODEJRZEWAM, ŻE GŁÓWNIEM CHODZI O: WRAZ Z KARTĄ FIM)		
	Uwagi:		
17.b.	OSOBY Z PRZYNAJMNIEJ ŚREDNIM WYKSZTAŁCENIEM POSIADAJĄCE CO NAJMNIEJ ROCZNE UDOKUMENTOWANE DOŚWIADCZENIE W UDZIELANIU BEZPOŚREDNIEJ POMOCY / OPIEKI OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM	TAK	NIE
	Uwagi:		

INNE WAŻNE INFORMACJE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

1. Regulamin/statut Placówki.
2. Informację z krajowego rejestru karnego o niekaralności osoby, która będzie kierowała placówką, i zaświadczenie, że ze względu na stan zdrowia jest ona zdolna do prowadzenia placówki,
3. Oświadczenie, że nie został prawomocnie ukarany za czyny, o których mowa w art. 130 ust. 4–6, w okresie 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki;
4. Oświadczenie, że nie został prawomocnie ukarany za czyny, o których mowa w art. 130 ust. 4–6, w okresie 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki – *oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu uprawnionego do odebrania oświadczenia o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*



Załącznik nr 2

do: Procedury opiniowania placówki
mającej świadczyć usługę opieki wytchnieniowej – moduł całodobowy

Międzychód,

PROTOKÓŁ OCENY

DO PROCEDURY OPINIOWANIA PLACÓWKI MAJĄCEJ ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ – MODUŁ
CAŁODOBOWY W RAMACH PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023
W OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W MIĘDZYCHODZIE

W związku ze złożonym wnioskiem - Kartą zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja
2023, moduł – całodobowy, Pani/Pana

oraz wyborem „innej placówki”, aniżeli wpisanej do rejestru właściwego wojewody, mającej świadczyć
usługę opieki wytchnieniowej:

.....

zespół opiniujący placówkę podjął działania zgodnie z przyjętą „Procedurą opiniowania Placówki
mającej świadczyć usługę opieki wytchnieniowej – moduł całodobowy”.

W wyniku tego postępowania ustalono, że:

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

(podać uzasadnienie)

PLACÓWKA OTRZYMUJE OPINIĘ: POZYTYWNA/NEGATYWNA

Data, podpis zespołu opiniującego:

1.

2.

3.

4.

Potwierdzenie zapoznania się z dokumentacją opiniowania placówki oraz z protokołem oceny przez uczestnika
Programu:

.....

data, podpis Uczestnika