OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
42-450 Łazy, ul. Pocztowa 14
woj. śląskie
REGON: 003449278; NIP: 649-18-69-471
tel/fax: 032 67-29-571; 032 67-29-176

Zarządzenie nr 10 / 2020

Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej

w Łazach z dnia **30 października 2020 r.**

w sprawie : ustalenia sposobu realizacji usługi wsparcia dla seniorów w ramach programu Ministerstwa Rodziny i Polityki społecznej „Wspieraj Seniora"

Na podstawie art.110 ust.1 w zw z art.17 ust.2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U z 2020, poz 1876 z późn. zm) w związku z §11 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach /Zarządzenie dyrektora nr 1/2016 z dnia 11 marca 2016 r./ oraz zgodnie z § 12 ust. 3 i 4 regulaminu wynagradzania pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach /Zarządzenie Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach nr 5.1/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r.

§ 1

Ośrodek Pomocy Społecznej w Łazach przystępuje do realizacji programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej **„Wspieraj Seniora"** współfinansowanego ze środków z budżetu państwa.

§ 2

1. Do realizacji Programu **„Wspieraj Seniora"** zgodnie z § 11 Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łazach zostanie powołany doraźny zespół zadaniowy do realizacji usługi wsparcia dla seniorów objętej programem o którym mowa w §1.
2. Ustalam wzór karty pracy socjalnej z osobą korzystającą ze wsparcia w ramach programu **„Wspieraj Seniora"** stanowiący załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Łazach

mgr Bożena Strzelecka - Kłopot

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
42-450 Łazy, ul. Pocztowa 14
woj. śląskie
REGON: 003449278; NIP: 649-18-69-471
tel/fax: 032 67-29-571; 032 67-29-176

Załącznik nr 1
do Zarządzenia dyrektora OPS w Łazach
nr 10/2020 z dnia 30.10.2020r.

Karta pracy socjalnej z osobą korzystającą ze wsparcia w ramach programu
„Wspieraj seniora – Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów"

PROWADZĄCY SPRAWĘ .....

DOTYCZY:
IMIĘ I NAZWISKO .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA .....

TELEFON .....

USTALONA FORMA POMOCY:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA SOCJALNEGO

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Łazach

mgr Bożena Strzelecka-Kłopot