

ZARZĄDZENIE

Nr 1010.3.2021

z dnia 15 stycznia 2021 r.

Kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie w sprawie

wykonania Zarządzenia Burmistrza Miasta Cieszyna nr 0050.27.2021 z dnia 14 stycznia 2021 roku w sprawie realizacji zadania pn. transport mieszkańców Gminy Cieszyn mających trudności w samodzielnym dotarciu do punktów szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, w tym osób niepełnosprawnych

Na podstawie § 6 pkt 3 Regulaminu organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Cieszynie celem zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, zarządzam:

§1

Ustalam wzór adnotacji sporządzanej z rozmowy z mieszkańcem Gminy Cieszyn zgłaszającym brak możliwości samodzielnego dotarcia do punktu szczepień w brzmieniu określonym w załączniku do zarządzenia.

§2

Zobowiązuję Kierownika Działu Pomocy Środowiskowej do sporządzenia harmonogramów czasu pracy pracowników w sposób zapewniający obsługę telefonu nr 33 479 49 20 od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰.

§ 3

Wykonanie Zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Pomocy Środowiskowej.

§3

Zarządzenie podaje się do wiadomości poprzez umieszczenie w formie elektronicznej w Biuletynie Informacji Publicznej MOPS, a także poprzez wysłanie pracownikom MOPS na służbowe konta pocztowe e-mail.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Adnotacja z rozmowy telefonicznej w ramach realizacji zadania pn.
„Transport mieszkańców Gminy Cieszyn mających trudności w samodzielnym dotarciu
do punktów szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, w tym osób
niepełnosprawnych”.**

1. Imię i nazwisko /stanowisko pracownika przeprowadzającego rozmowę

.....

2. Data przeprowadzenia rozmowy telefonicznej

.....

3. Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej do transportu

.....

4. Adres zamieszkania: ulica, nr mieszkania, domu, piętro osoby mającej trudności
w dotarciu do punktu szczepień

.....

5. Rodzaj trudności w dotarciu do punktu szczepień (brak osób mogących udzielić
wsparcia, stan zdrowia, wiek, lokalizacja)

.....

6. Czy w/w osoba posiada orzeczenie o znacznym stopieniu niepełnosprawności o kodzie
(05-R, 10-N) lub równoważne orzeczenie np. I grupę inwalidzką ZUS (schorzenia
ruchowe lub neurologiczne) lub inne / np. wiek osoby

.....

7. Czy w/w osoba jest w stanie samodzielnie wyjść z mieszkania, domu? (jakie problemy).
Czy w/w osobie będzie towarzyszyć opiekun?

.....

8. Numer telefonu / lub do osoby do kontaktu

.....

9. Do której przychodni podstawowej opieki zdrowotnej należy w/w osoba? (weryfikacja na
wykazie punktów szczepień, poniżej)

.....

Punkty szczepień