УТВЕРЖДАЮ

Директор СПб ГБУ СОН
«ЦСРИДИ Колпинского района
«Поддержка»
_____О.Н. Назарова
«11» января 2021г.

Положение
о системе внутреннего контроля качества предоставления социальных услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Колпинского района Санкт-Петербурга «Поддержка»

I Общие положения

1.1 Настоящее положение о системе внутреннего контроля качества предоставления социальных услуг (далее – Положение) разработано в целях создания в СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Колпинского района «Поддержка» (далее – Учреждение) собственной системы контроля деятельности структурных подразделений и сотрудников Учреждения по оказанию социальных услуг и их соответствия требованиям законодательства в области социального обслуживания населения Российской Федерации.

1.2 Контроль деятельности сотрудников Учреждения направлен на соблюдение исполнительской дисциплины и повышение ответственности работников за соблюдение законодательства, требований нормативных документов, что, в свою очередь повышает качество предоставляемых услуг, оказываемых специалистами отделений и Учреждения в целом.

1.3 Система внутреннего контроля качества предназначена для создания необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей граждан, повышения эффективности и качества услуг на всех стадиях их предоставления в соответствии со стандартами социальных услуг: социально-правовых, социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, срочных, социально-трудовых услуг и услуг по повышению коммуникативного потенциала с целью предупреждения возможных отклонений от заданных требований к этим услугам, обеспечения репутации Учреждения как надежного исполнителя услуг.

2. Настоящее Положение разработано в соответствии со следующими нормативно - правовыми актами:

2.1.Национальные стандарты Российской Федерации:

ГОСТ Р 52143-2013 Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг".

ГОСТ Р 52142-2013 Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения"

ГОСТ Р 52497-2005. Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания».

ГОСТ Р 52883-2007. Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания".

ГОСТ Р 52884-2007. Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам".

ГОСТ Р 52888-2013. Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги детям".

ГОСТ Р 54738-2011. Национальный стандарт Российской Федерации. «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов".

ГОСТ Р 52142-2013 Национальный стандарт Российской Федерации. «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения».

ГОСТ Р 53060-2008 Национальный стандарт Российской Федерации. «Документация учреждений социального обслуживания».

ГОСТ Р 52882-2007 Национальный стандарт Российской Федерации. «Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания».

ГОСТ Р 52883-2007 Национальный стандарт Российской Федерации. «Требования к персоналу учреждений социального обслуживания».

2.2.Федеральные нормативные акты Российской Федерации:

Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. N 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд".

Постановление Правительства РФ от 01.12.2014 № 1285 "О расчете подушевых нормативов финансирования социальных услуг".

Постановление Правительства РФ от 24.11.14 № 1239 "Об утверждении Правил размещения и обновления информации о поставщике социальных услуг на официальном сайте поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»".

Постановление Правительства РФ от 24.11.2014 № 1236 "Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг".

Постановление Правительства РФ от 18.10.14 № 1075 "Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно"

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 15.10.2015 № 725 "Об утверждении Методических рекомендаций по определению норм нагрузки социального работника в сфере социального обслуживания".

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.11.2014 № 954-н "Об утверждении рекомендуемых норм питания при предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания".

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.11.2014 № 886н "Об утверждении Порядка размещения на официальном сайте поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и обновления информации об этом поставщике".

2.3.Нормативные правовые акты Санкт-Петербурга:

Закон Санкт-Петербурга от 26.12.2014 №717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге».

Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 №1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге».

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 29.12.2016 № 466-р «Об утверждении рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания получателей социальных услуг в разрезе форм социального обслуживания ,видов социальных услуги категорий получателей социальных услуг в Санкт-Петербурге».

2.4.Уставные документы учреждения:

- Устав СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Колпинского района «Поддержка»

2.5.Локальные нормативные акты учреждения:

- положения об отделениях учреждения;
- положение о проведении аттестации работников учреждения;
- инструкция по делопроизводству;
-положение о Центре;
-должностные инструкции специалстов.

3. Внутренний контроль - неотъемлемая часть управленческой деятельности Учреждения, действия директора Учреждения, заместителя директора, заведующих отделениями и других должностных лиц по обеспечению достижения целей и задач работы Учреждения, выявлению возможных нарушений и отклонений в принятии оперативных мер по их корректировке, совершенствованию системы деятельности Учреждения.

4. Деятельность комиссии по внутреннему контролю (далее – Комиссия) осуществляется в соответствии с положением (Приложение № 1 к данному Положению).

Состав Комиссии может меняться в зависимости от цели контроля и вида проверяемой деятельности.

5. Внутренний контроль сопровождается инструктированием должностных лиц по вопросам планирования и осуществления контроля.

. Кроме Комиссии контроль за деятельностью работников отделений по оказанию социальных услуг на их соответствие стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания возлагается на заведующих отделениями. Контрольные проверки качества выполнения социальных услуг заведующими проводятся в соответствии с планом работы либо приказом директора Учрежения.

7. Целью внутреннего контроля является создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, повышение качества и эффективности услуг на всех стадиях их предоставления, предупреждение возможных отклонений от заданных требований к этим услугам.

8. Задачи системы внутреннего контроля:

- достижение и поддержание уровня качества услуг, соответствующего требованиям государственных и национальных стандартов, иных нормативных правовых документов;
- осуществление эффективного контроля за техническими, организационными, кадровыми факторами, влияющими на качество социальных услуг;
- предотвращение или устранение любых несоответствий при оказании социальных услуг, согласно предъявляемым к ним требованиям;
- выработка корректирующих действий, направленных на устранение недостатков, выявленных в процессе предоставления услуг, и совершенствование системы качества;
- обеспечение стабильно высокого уровня качества услуг.

9. Система внутреннего контроля базируется на следующих основных принципах:

- законность - соблюдение специалистами, осуществляющими контроль, требований законодательства, нормативных правовых актов, определяющих их полномочия;
- ответственность и объективность - предоставление специалистами, осуществляющими контроль, достоверность предоставляемой информации по итогам контроля;
- системность - периодичность проведения контрольных мероприятий;
- учет человеческого фактора - объективность и доброжелательность. Для положительного морально – психологического климата в отделениях, не допускается скрытое наблюдение за сотрудниками, сотрудники должны понимать, что контроль направлен не на его личность, а на то, как им организован реабилитационный процесс и на полученный результат;
- предупреждение проблем качества услуг, то есть, обеспечение уверенности в том, что эти проблемы будут предупреждаться, а не выявляться и разрешаться после их возникновения.

10. Объекты, подлежащие внутреннему контролю:

- внутреннее и внешнее состояние зданий и помещений Учреждения;
- состояние прилегающей территории Учреждения;
- состояние специального технического и табельного оснащения Учреждения, его структурных подразделений;
- деятельность заведующих отделениями;
- деятельность специалистов по комплексной реабилитации;
- деятельность специалистов по социальной работе;
- деятельность социальных работников;

- деятельность психологов;
- деятельность других работников Учреждения;
- качество и количество предоставления социальных услуг всеми отделениями Учреждения;
- Качество ведения организационной, учетно-отчетной и др. документации.

11. Результаты внутреннего контроля оформляются в виде акта контрольной проверки (далее –Акт), составленного по форме, представленной в Приложении № 2.

12. При оценке качества социальных услуг используют следующие **критерии**:

- открытость и доступность информации об организации социального обслуживания;
- комфортность условий предоставления социальных услуг;
- время ожидания предоставления услуг;
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников организации социального обслуживания;
- удовлетворенность качеством условий оказания услуг;
- доступность услуг для инвалидов;
- качество, своевременность и правильность ведения текущей документации, учетно-отчетных форм работниками Учреждения.

II Формы внутреннего контроля

1. Внутренний контроль осуществляется в виде **плановых** или **оперативных проверок** 1.1. *Плановый контроль* осуществляется в соответствии с утвержденным планом Учреждения, который обеспечивает периодичность и исключает нерациональное дублирование в организации проверок.

1.2. *Оперативный контроль* осуществляется по приказу директора в случаях ухудшения показателей работы отделений, установления факта нарушения технологий, инструкций, регламентов оказания социальных услуг, урегулирования конфликтных ситуаций.

2. Формы контроля по направленности:

2.1. *Личностно-профессиональный контроль* - изучение и анализ выполнения должностных инструкций, качества оказания социальных услуг, уровня знаний современных технологий социального обслуживания, повышения квалификации отдельными сотрудниками Учреждения.

2.2. *Тематический контроль* проводится по отдельным проблемам деятельности Учреждения, направлен не только на изучение фактического состояния дел по конкретному вопросу, но и внедрение в существующую практику инновационных технологий.

2.3. *Комплексный контроль* проводится с целью получения полной информации о работе структурного подразделения, его продолжительность не должна превышать 10 дней.

3. Формы контроля по времени проведения:

3.1. *Предварительный контроль* осуществляется до начала выполнения работы и дает возможность оценить существующие организационные, кадровые, методические ресурсы, степень их готовности к предстоящей деятельности в целях предупреждения проблем. В содержание предупредительного контроля входят: выявление готовности специалиста к рабочему дню; определение, насколько специалист владеет коррекционно – развивающей методикой; соответствие перечня предоставленных социальных услуг заказу клиента, анализ тематических, ежемесячных, ежедневных планов и др. Предварительный контроль реализуется через такие методы контроля, как изучение документации, наблюдение и анализ.

3.2. *Текущий контроль* проводится непосредственно в ходе деятельности, направлен на анализ эффективности отдельных этапов, аспектов, степени реализации конкретных задач, оценку действий подразделений и работников. В его основе лежат нормативные показатели. Текущий контроль позволяет получить общее представление об уровне реабилитационного процесса в целом. Этот вид контроля предполагает посещение специалиста/-ов в течение целого дня или даже нескольких дней.

Текущий контроль практически применяется с помощью множества методов контроля: наблюдение, анализ, изучение документации, мониторинг уровня реабилитации клиентов. Текущий контроль позволяет установить, насколько правильно осуществляются основные направления коррекции и развития клиента: социально – личностное, социально – бытовое, познавательно – речевое, художественно – эстетическое и др.

Текущий контроль может включать *контроль оперативный* и *систематический.*

3.3. *Итоговый контроль* дает информацию о достигнутых результатах, позволяет выявить положительные и отрицательные стороны деятельности, определить пути его дальнейшего развития и совершенствования. Основные методы, которые используется при итоговом контроле – это анализ, анкетирование и мониторинг.

4. Формы контроля по объекту:

4.1. Самоконтроль.

4.2. Контроль заведующего отделения сотрудников, находящихся у него в подчинении.

4.3. Административный контроль.

4.4. Участие получателей социальных услуг в оценке качества (анкетирование, отзывы в журналах, опросы).

4.5. Мониторинг, предусматривающий сбор, системный учет, обработку и анализ информации по организации и результатам социального обслуживания.

III Методы внутреннего контроля

1. Изучение документации (с целью ознакомления или выявления системы планирования и организации процесса, или для получения иной информации).

2. Тестирование.

3. Анкетирование (опрос по заранее составленным вопросам).

4. Наблюдение (исследование и изучение наблюдаемого объекта).

5. Опрос (по заранее составленным вопросам).

6. Беседа (деловой разговор, обязательно с обменом мнениями).

7. Анализ (разбор занятий, консультаций и т.п. с выявлением причин и определение тенденции развития).

9. Хронометраж (изучение затрат времени с помощью фиксации и замеров продолжительности выполняемых действий).

IV Алгоритм проверки системы качества

4.1 **Определение цели проверки**. При определении цели проверки необходимо руководствоваться основными задачами работы и реальным состоянием дел в Учреждении.

4.2 **Определение объекта проверки.** Определяется, какие именно направления работы структурных подразделений или отдельных специалистов будут проверяться.

4.3 **Разработка плана проверки.** Составляется подробный план проверки, в котором намечаются основные вопросы проверки, методы его проведения, сроки.

4.4 **Проведение проверки** начинается с ознакомления контролируемого с целями и планом проверки, после этого начинается непосредственное изучение работы в соответствии с планом проверки.

4.5 **Первичный анализ проверки.** Весь полученный в результате проверки материал систематизируется и обобщается. Отмечаются положительные и отрицательные стороны, формируются объективные выводы о состоянии работы.

4.6 **Выработка рекомендаций**. Готовятся убедительные, доказательные предложения по устранению недостатков. Указываются конкретные сроки по устранению выявленных недостатков.

4.7 **Оформление итога проверки**. По итогам проверки оформляется акт, аналитическая справка. Подлежащий проверке специалист знакомится с результатами проверки под подпись. По итогам проверки проверяемым разрабатывается план мероприятий по исправлению ошибок, выявленных в период проведения проверки и акт по его реализации в соответствии с данными рекомендациями и временными рамками.

4.8 **Проверка исполнения рекомендаций проверки**.

Контроль за исправлением ошибок, недочетов, нарушений, выявленных в период проведения проверки, осуществляется лицами, ответственными за проведение проверки по завершении определенного срока, отведенного на их устранение.

V Оформление результатов контрольной проверки

5.1 Результаты контрольной проверки оформляются Актом, а также в виде представления, где фиксируются все нарушения и несоответствия, выявленные в ходе ее проведения (Приложение №3).

5.2 Представление составляется не позднее одних суток после завершения контрольной проверки. Копия представления направляется заведующему отделением, где проводилась проверка, и специалисту, в отношении которого проводилась проверка для ознакомления и устранения замечаний в определенный срок.

5.3 По результатам контрольной проверки председатель Комиссии не позднее чем в 3-х суточный срок после окончания контрольной проверки представляет директору Учреждения отчет о проведенной проверке. При необходимости Отчет может быть представлен вышестоящему руководителю с приложением Акта и представления.

Приложение № 1
к Положению

Положение
о комиссии по внутреннему контролю
качества оказания социальных услуг

I Общие положения

1. Настоящее положение разработано в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Колпинского района «Поддержка» (далее – Учреждение), положением о системе внутреннего контроля и регламентирует содержание и порядок работы комиссии по внутреннему контролю (далее - Комиссия).

2. Комиссия представляет собой действующую на функциональной основе рабочую группу, которая позволяет контролировать деятельность подразделений и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг, ее соответствие национальным стандартам и иным нормативным правовым актам по социальному обслуживанию населения.

3. Комиссия создается приказом директора Учреждения, в котором указывается ее состав и сроки полномочий Комиссии.

4. Состав Комиссии определяется спецификой работы Учреждения, штатным расписанием, должностными обязанностями работников, направлением проверяемой деятельности.

II Основные задачи Комиссии

1. Контроль основных факторов, непосредственно влияющих на качество предоставляемых услуг.

2. Проверка полноты, своевременности предоставления социальных услуг, а также их результативность.

3. Создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей потребителей социальных услуг и осуществления их социальной реабилитации.

4. Повышение эффективности работы Учреждения, качества и результативности социальных услуг на всех стадиях их предоставления.

III Организация работы Комиссии

1. Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с графиком проведения внутреннего контроля, утвержденным директором учреждения.

2. Результаты внутреннего контроля оформляются письменно в зависимости от его формы и задач в виде аналитической справки или акта проверки.

2.1. В справке/акте о проведенной проверке указываются факты нарушений, выявленные в ходе проверки, или отсутствие таковых, ссылки на нарушенные нормы национальных стандартов качества социальных услуг и иных нормативных правовых актов, а также выводы и предложения, проверяющих по устранению выявленных нарушений. Справка подписывается членами Комиссии, а также заведующим структурным подразделением, где проводилась проверка. Если проводилась проверка отдельного специалиста, то справку подписывает специалист, в отношении которого проводилась проверка.

2.2. Ежегодно результаты внутреннего контроля отражаются директором в анализе по результатам деятельности Учреждения, где описываются выявленные недостатки и принятые меры по их исправлению.

2.3. Результаты контроля учитываются при планировании работы Учреждения на следующий календарный период.

3. На основании акта проверки или аналитической справки директор Учреждения может издать приказ с указанием сроков устранения нарушений и ответственных лиц, которые письменно информируют руководителя о принятых мерах.

IV Права членов Комиссии по внутреннему контролю

1. Члены Комиссии имеют право:

- запрашивать у заведующих отделений документы, содержащие информацию об объектах проверки, а также разъяснения в устной и письменной форме, позволяющие определить (уточнить) содержание полученной информации.
- ознакомляться со всеми учредительными и локальными нормативными документами, регулирующими финансово-хозяйственную деятельность учреждения;
- ознакомляться с результатами ранее выполненных проверок;
- обследовать производственные и служебные помещения (например, проверка противопожарного состояния помещений или оценка рациональности используемых помещений);
- проводить анкетирование получателей социальных услуг;
- вносить на рассмотрение директора предложения по повышению эффективности деятельности структурных отделений.

V Ответственность членов комиссии по внутреннему контролю

1. Члены комиссии несут ответственность за:

- соблюдение требований законодательства, нормативных правовых актов, определяющих их полномочия;
- объективность и достоверность предоставляемой информации по итогам контроля;

качество проведения контроля;

- соблюдение конфиденциальности информации личного характера, ставшей известной в ходе контроля.

Приложение № 2
к Положению

Акт № ___
внутренней проверки контроля качества предоставления услуг

_____ «___» _____ 20_ г.
(место составления акта)
По адресу: _____
На основании: _____
_____
была проведена_____
_____
_____
(плановая/внеплановая, документальная/выездная)
_____
(ФИО лица, в отношении кого проводится проверка/название отделения)
Дата и время проведения проверки:
«___» _____ 201_ г. с ___ час. _____ мин. до ___ час. ___мин.
«___» _____ 201_ г. с ___ час. _____ мин. до ___ час. ___мин.
Общая продолжительность проверки: _____

Акт составлен
1._____
(должность, ФИО)
2._____
(должность, ФИО)
3._____
(должность, ФИО)
4._____
(должность, ФИО)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):
_____
(фамилия, инициалы, подпись дата)
При проведении проверки присутствовали:
1._____
(должность, ФИО)
2._____
(должность, ФИО)
3._____
(должность, ФИО)

В ходе проверки качества предоставления социальных услуг, оказываемых выявлено:

№ п/п	Локальные акты учреждения	Наличие/отсутствие	Примечание
1	Нормативные документы (Законы, постановления)		
2	Положение об Отделении (копия)		
3	Должностные инструкции специалистов Отделения (копия)		
4	Индивидуальный социально-реабилитационный маршрут: -план реабилитации -Циклограмма -согласие на обработку персональных данных -договор на социальное обслуживание -ИППСУ -приказ о принятии на обслуживания		
5	Годовые, полугодовые, квартальные, ежемесячные отчеты специалистов		
6	Годовые, полугодовые, квартальные, ежемесячные планы специалистов		
7	Ведомости учета единичных услуг		
8	Акты о социальных услугах, предоставляемых поставщиком социальных услуг		
9	Документация специалиста: - тематическое планирование (годовое); - тематическое планирование (ежемесячное); -журнал учета и планирования занятий; -расписание занятий; -табель учета посещаемости занятий; -лист оценки возможностей клиента, его реабилитационного потенциала и динамики; -индивидуальная карта предоставления социальных услуг		
10	Журнал инструктажа на рабочем месте сотрудников		
11	Журналы учета оказанных услуг социальными работниками**		
10	Протоколы проведения еженедельных совещаний с сотрудниками Отделения		
11	Протоколы социально-реабилитационной комиссии*		
12	Журнал учета предоставленных услуг (срочные социальные услуги)*		
13	Документы получателей социальных услуг*		

*документы отделения социально-медицинского сопровождения

** документы отделения домашнего сопровождения и социального патронажа

Критерии качества	Фактическое состояние	
	Оценка[1]	Замечания, рекомендации
Своевременное и эффективное предоставление социальных услуг (в соответствии со сроками заключенного договора и ИППСУ)		
Объем и периодичность предоставления услуг (в соответствии со стандартом социальных услуг, ИППСУ)		
Квалифицированное и доступное разъяснение информации во время консультирования получателя социальных услуг		
Результативность предоставления услуг (решение бытовых проблем, степень улучшения психоэмоционального, физического состояния получателя социальных услуг и т.д.)		
Деликатное и корректное отношение к получателю социальных услуг		
Наличие и состояние документации, сопровождающей процесс предоставления социальных услуг		
Удовлетворенность получателей социальных услуг (отсутствие мотивированных жалоб, нареканий (устных или письменных))		
Соблюдение требований охраны труда и пожарной безопасности		

В результате проведенной проверки установлено:

_____

_____

_____

_____

_____

Прилагаемые к акту документы:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Данный письменный акт проверки составлен в 2-х экземплярах.

Подписи членов комиссии:

_____

[1] Удовлетворительно, неудовлетворительно (прописываются замечания и рекомендации)

1. _____ (председатель комиссии)
2. _____
3. _____
4. _____

С актом проверки ознакомлен, 1экз. акта со всеми приложениями получил:

_____

(должность, подпись, расшифровка, дата)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

_____

(подпись председателя (члена) комиссии, проводившего проверку)

Приложение № 3
к Положению

Перечень показателей эффективности деятельности *заведующих отделениями*
СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Колпинского района «Поддержка» и критерии их оценки

№ п/п	Наименование показателя эффективности деятельности	Критерии оценки
1.1	Выполнение отделением государственного задания	- обеспечение выполнения государственного задания по предоставлению социальных услуг; - обеспечение стабильного уровня или роста количества клиентов в соответствии с плановыми показателями.
1.2	Обеспечение полного объема и высокого уровня проведения запланированных мероприятий. Осуществление качественного и своевременного контроля за работой специалистов. Организация высокого уровня исполнительской дисциплины в отделении.	- проведение анализа качества оказываемых услуг; взаимодействия специалистов с клиентами, родителями или официальными представителями (отсутствие жалоб); - осуществление контроля за правильностью и своевременностью ведения специалистами документации; - отсутствие пропущенных специалистом по неуважительной причине занятий; соблюдение положений Кодекса этики и служебного поведения.
1.3	Обеспечение санитарно-гигиенических и эстетических условий в помещениях отделения.	- обеспечение сохранности имущества; - участие в эстетическом оформлении помещений подразделения; - аккуратное содержание помещений и оборудования в соответствии с требованиями СанПин.
1.4	Контроль за своевременным прохождением курсов повышения квалификации по направлению деятельности подразделения	- прохождение в установленные сроки курсов или программ подготовки и дополнительного профессионального образования работников (не менее 72 часов) при наличии действующего документа; - прохождение краткосрочных курсов (до 72 часов) при наличии действующего документа.
1.5	Участие в методической работе, инновационной деятельности, использование эффективных технологий в процессе социального обслуживания	- проявление инициативы, разработка, использование и освоение новых видов и форм социального обслуживания: - степень участия в методической работе (наличие методических разработок, выступления, публикации, информация о деятельности, в том числе на сайте учреждения, участие в семинарах, совещаниях и т.д.) применение новых технологий социальной работы.

1.6	Удовлетворенность граждан качеством и количеством предоставленных социальных услуг	- контроль за качеством предоставляемых услуг путем проведения внутренних контрольных проверок; - поддержание связи с родственниками клиентов; - наличие письменных благодарностей за работу, награждение грамотами, дипломами; - Отсутствие жалоб, признанных обоснованными в результате внутренней проверки, проверки вышестоящей организации и контрольно-надзорными органами.
1.7	Своевременность и качество оформления и ведения документации, своевременность предоставления отчетности и ответов на поступающие письменные запросы	- составление планов, отчетов, информационных справок; - соблюдение сроков подготовки и предоставления отчетных, статистических, аналитических материалов; - отсутствие возвратов документов на доработку, требующих их существенного изменения. - анализ деятельности отделения; - обеспечение работников структурных подразделений бланками отчетной документации; - ведение номенклатуры дел отделения.
1.8	Обеспечение выполнения требований электробезопасности, пожарной безопасности, охраны труда	- своевременное проведение мероприятий, направленных на охрану труда работников, сохранения их здоровья, охрану здоровья получателей социальных услуг.
1.9	Активность в работе, готовность к взаимозамене, осуществление связи с организациями и учреждениями различных форм собственности	- взаимодействие с государственными и негосударственными учреждениями, общественными организациями; - решение вопросов, связанных с социальным обслуживанием получателей социальных услуг другого отделения на время отсутствия заведующего; - работа, направленная на профилактику пожаров, соблюдение требований пожарной безопасности.

Приложение № 3
к Положению

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

Дата составления: Место составления:

" _____ " _____ 20 ___ г.

(наименование проверяемого отделения/ФИО сотрудника)

(должность, Ф.И.О. руководителя проверяемого подразделения)

Обязываю устранить следующие нарушения и несоответствия, выявленные в ходе проведения мероприятий по контролю качества оказания социальных услуг:

N п/п	выявленные нарушения/несоответствия и предписываемые меры	нормативный документ	ответственный	дата устранения
	содержание выявленного нарушения/несоответствия и предписываемых мер	указывается пункт, номер и дата нормативного документа, требования которого нарушены	Должность, ФИО	

Отчет о принятых мерах и исполнении требований представления предоставить до …

Заместитель директора _____ _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

Представление получил _____ _____
(подпись) (И.О. Фамилия)