**Департамент социального развития**

**Ханты-Мансийского автономного округа-Югры**

**(ДЕПСОЦРАЗВИТИЯ ЮГРЫ)**

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ- МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ «НЕФТЕЮГАНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ**

**ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

**ПРИКАЗ**

от « 16» декабря 2019 № 15/31-П-571

г. Нефтеюганск

Об организации системы

оказания социальных услуг

 Во исполнение приказа Департамента социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 01 ноября 2019 года №1113-р «О системе внутреннего контроля качества оказания социальных услуг», в целях повышения качества предоставления социальных услуг

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Назначить заместителя директора В.В.Ремезову ответственным лицом за внедрение системы внутреннего контроля качества предоставляемых услуг структурными подразделениями (отделениями) БУ «Нефтеюганский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – учреждение).

1. Утвердить:

1.1. Положение о системе внутреннего контроля качества оказания социальных услуг в БУ «Нефтеюганский комплексный центр социального обслуживания населения» (приложение 1).

1.2. Утвердить составы Комиссии по контролю качества учреждения 1-го уровня, Комиссии по контролю качества учреждения 2-го уровня, Комиссии по контролю качества учреждения 3-го (приложение 2).

1.3.Утвердить планы работы Комиссии по контролю качества учреждения 1-го уровня, Комиссии по контролю качества учреждения 2-го уровня (приложение 3).

 2.Заведующим отделениями:

 2.1. в срок до 26 декабря 2019 года провести в отделениях техническую учебу по изучению Положения о системе внутреннего контроля качества оказания социальных услуг БУ «Нефтеюганский комплексный центр социального обслуживания населения» (приложение 1 к приказу);

 2.2. в срок до 15 января 2020 года разработать план мероприятий по контролю качества предоставления услуг, включая ежедневный систематический контроль качества услуг внутри своего структурного подразделения, мероприятия самоконтроля;

 2.3. актуализировать Порядок предоставления социальных услуг в отделениях.

 3. Назначить ответственным лицом Э.Н.Казарину, заведующего отделением информационно-аналитической работы, за предоставление отчета в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания» за полугодие и год о проведении внутреннего контроля качества в срок до 10 числа следующего за отчетным периодом.

 4.Документоведу Е.П.Гомон ознакомить ответственных лиц под роспись.

 5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор В.Н.Олексин

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Приказ подготовила:** заместитель директора | В.В.Ремезова |  |  |
| **Согласовано:** |  | **подпись** | **дата** |
| заместитель директора | В.В. Ремезова |  |  |
| заместитель директора | А.Н.Дрягина |  |  |
| юрисконсульт | Н.В.Васильева |  |  |
| **Ознакомлены:** |  |  |  |
| заместитель директора | В.В. Ремезова |  |  |
| заместитель директора | А.Н.Дрягина |  |  |
| заведующий отделением | Э.Н.Казарина |  |  |
| заведующий отделением | А.В. Зайцева |  |  |
| заведующий отделением | Е.В. Бунтовских |  |  |
| заведующий отделением | И.Р.Андреева |  |  |
| заведующий отделением | С.В.Шиханихина |  |  |
| заведующий отделением | С.А.Горбунова |  |  |
| заведующий отделением | Д.Ч.Шаршебаев |  |  |
| заведующий отделением | Г.Р.Чебыкина |  |  |
| заведующий отделением | О.Ю.Щеколдина |  |  |
| заместитель заведующего отделением | Ю.В.Сафронова |  |  |
| специалист по кадрам | А.А.Бебнева |  |  |
| юрисконсульт | Н.В.Васильева |  |  |
| юрисконсульт | М.Я.Рахманова |  |  |
| специалист по охране труда | Н.В.Энгере |  |  |
| специалист по работе с семьей | Е.Г.Якимова |  |  |
| специалист по работе с семьей | Е.В.Батагова |  |  |
| специалист по работе с семьей | И.В.Бардачева |  |  |
| специалист по работе с семьей | О.А.Юрченко |  |  |
| специалист по работе с семьей | Ю.В.Агапова |  |  |
| специалист по социальной работе  | О.В.Овчинникова |  |  |
| методист | Н.Б.Бакулина |  |  |
| медицинская сестра | Г.Н.Адылова |  |  |
| специалист по комплексной реабилитации | Т.Ш.Сырятова |  |  |
| психолог  | С.Е.Мальмина |  |  |
| психолог | К.В.Юрова |  |  |
| **Рассылка:** |  |  |  |
| Делопроизводство  | 1 экз. |  |  |

Приложение 1

 к приказу от «16»декабря 2019г. №15/31-П-571

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о системе внутреннего контроля качества оказания социальных услуг**

**В БУ «Нефтеюганский комплексный центр социального обслуживания населения»**

Целью осуществления контроля качества оказания социальных услуг в БУ «Нефтеюганский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – контроль качества, учреждение) является обеспечение прав граждан на получение услуг необходимого объема и надлежащего качества, создание необходимых условий гарантированного удовлетворения законных запросов и потребностей получателей социальных услуг, повышения эффективности и качества социального обслуживания граждан.

Задачи контроля качества оказания социальных услуг:

осуществление эффективного контроля за предоставляемыми социальными услугами;

обеспечение стабильного уровня качества предоставляемых услуг;

обеспечение личной ответственности каждого работника за качество услуг в сочетании с материальным и моральным стимулирование качества;

рассмотрение конфликтных ситуаций, претензий получателей социальных услуг;

контроль за достоверностью, полнотой, объективностью и своевременностью составления и предоставления отчетности о предоставленных услугах;

обеспечение понимания всеми работниками учреждения требований системы качества к политике в области качества предоставляемых услуг.

Положение о контроле качества включает в себя 4 раздела:

полномочия, ответственность и взаимодействие работников учреждения; уровни осуществления контроля качества; порядок проведения контроля качества; основные критерии и показатели качества оказания социальных услуг.

**1.Полномочия, ответственность и взаимодействие работников учреждения**

1.1.Ответственность за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества несет директор учреждения.

 1.2.Директор учреждения назначает лицо, ответственное за контроль качества деятельности подразделений (отделений) и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг, их соответствия национальным стандартам и другим нормативным документам по социальному обслуживанию населения; определяются полномочия, ответственность и регламент взаимодействия всех специалистов учреждения, осуществляющих руководство работой, предоставление социальных услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

 1.3.Лицо, ответственное за контроль качества определяет ответственных исполнителей по проведению проверок и членов Комиссий по контролю качества деятельности подразделений (отделений)и отдельных сотрудников по оказанию социальных услуг и их соответствия стандартам социального обслуживания.

**2.Уровни осуществления контроля качества**

2.1.Контроль качества оказания социальных услуг осуществляется по 4 уровням:

* 1-й уровень. Плановые проверки деятельности подразделений
* (отделений) и отдельных работников по оказанию социальных услуг и их соответствия стандартам социального обслуживания осуществляет Комиссия по контролю качества учреждения 1-го уровня в соответствии с планом, утвержденным директором учреждения.
* 2-й уровень: перекрестные проверки деятельности подразделений (отделений) и отдельных работников по оказанию социальных услуг и их соответствия стандартам социального обслуживания осуществляется Комиссией по контролю качества 2-го уровня.
* 3-й уровень. Оперативные проверки деятельности подразделений (отделений) и отдельных работников по оказанию социальных услуг и их соответствия стандартам социального обслуживания осуществляются Комиссией 3-го уровня на основании приказов директора учреждения:

- в случае резкого ухудшения показателей, характеризующих конечные результаты работы по обеспечению качества услуг, предоставляемых каким-либо подразделением (отделением) или учреждением в целом;

- при необходимости оценки эффективности корректирующих действий, осуществляемых по результатам проведенных ранее проверок качества;

- при значительных изменениях организации работы и технологий предоставления услуг, которые могут сказаться на их качестве;

- при поступлении жалоб на качество социального обслуживания.

* 4-1 уровень. Система самоконтроля специалистов структурных подразделений (отделений).

**3.Порядок проведения 4- уровнего контроля качества оказания социальных услуг**

3.1.Комиссия 1-го уровня.

3.1.1.Состав Комиссии по контролю качества учреждения 1-го уровня ежегодно утверждается приказом директора учреждения. Возглавляет работу Комиссии директор учреждения.

3.1.2.Комиссия осуществляет плановую проверку каждого структурного подразделения (отделения) не реже, чем 1 раз в год согласно утвержденному плану.

3.1.3.Вопросы для проведения проверок разрабатываются заместителем директора индивидуально для каждой проверки.

3.1.4.После окончания проверки Комиссия по контролю качества учреждения 1-го уровня в течение 10 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных несоответствий и знакомит с ним сотрудников подразделения (отделения).

3.1.5.Заместитель директора в 10-дневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором учреждения план мероприятий по устранению замечаний с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

3.1.6.Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический, фронтальный, сравнительный.

3.2. Комиссия 2-го уровня.

3.2.1. Комиссия по контролю качества учреждения 2-го уровня состоит из групп работников подразделений (отделений), выполняющих схожие или аналогичные обязанности.

3.2.2.Состав Комиссии и план проверок ежегодно утверждается приказом директора учреждения. Возглавляет работу Комиссии заместитель директора или назначенный руководитель структурного подразделения (отделения).

3.2.3.Каждая группа контроля, входящая в состав Комиссии 2-го уровня, осуществляет перекрестные проверки другого структурного подразделения (отделения) не реже, чем 1 раз в год в соответствии с планом проверок.

3.2.4.Вопросы для проведения проверок разрабатываются заместителем директора или назначенным руководителем структурного подразделения (отделения) индивидуально для каждой проверки.

3.2.5.Список вопросов проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления сотрудникам структурного подразделения (отделения), которое подлежит проверке, за день до ее начала.

3.2.6.После окончания проверки Комиссия 2-го уровня в течение 10 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных несоответствий и знакомит с ним сотрудников подразделения (отделения).

3.2.7.Заместитель директора учреждения или назначенный руководитель структурного подразделения (отделения) в 10-дневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором план мероприятий по устранению выявленных замечаний, с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

3.3.Комиссия 3-го уровня.

3.3.1.Состав Комиссии ежегодно утверждается приказом директора учреждения. Комиссия 3-го уровня возглавляется директором учреждения или заместителя директора по приказу директора учреждения.

3.3.2.Оперативная проверка осуществляется для изучения ситуации и выработки плана по улучшению работы учреждения в случае нестандартной или конфликтной ситуации.

3.3.3.Вопросы для проведения проверок разрабатываются заместителем директора и утверждаются директором индивидуально для каждой проверки.

3.3.4.Сисок вопросов с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления работникам подразделения (отделения), которое подлежит проверке, за один день до ее начала.

3.3.5.После окончания проверки Комиссия 3-го уровня в течение 10 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных нарушений и знакомит с ним работников проверяемого отделения под роспись.

3.3.6.руководитель структурного подразделения (заведующий отделением) в 10-дневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с заместителем директора план мероприятий по устранению нарушений с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

3.4. Система самоконтроля работников структурных подразделений (отделений).

3.4.1.Заместитель директора разрабатывает планы работы структурных подразделений (отделений), включая в них мероприятия самоконтроля.

3.4.2.Руководители структурных подразделений (отделений) организуют мероприятия по контролю качества предоставления услуг в течение года по утвержденному графику (не реже 1 раза в месяц с применением чек-листа по контролю (приложение 1 к Положению), включая ежедневный систематический контроль качества услуг внутри структурного подразделения (отделения).

Внеплановые проверки руководителя подразделения проводятся при наличии претензий и жалоб со стороны обслуживаемых получателей социальных услуг, либо при возникновении конфликтной ситуации, в течение 3-х дней, с момента выявления претензии.

Цель контроля качества руководителем структурного подразделения: контроль полноты и своевременности оказания социальных услуг специалистами подразделения и их качества.

Руководитель структурного подразделения контролирует:

-реализацию плана работы подразделения;

-выполнение объема работ специалистами подразделения в соответствии с государственным заданием, индивидуальными планами и графиками работ, и соответствие предоставления социальных услуг инструкциям и стандартам по их предоставлению;

-правильность и своевременность ведения документации;

-полноту и своевременность оплаты социальных услуг получателями социальных услуг.

Руководитель структурного подразделения проводит анализ деятельности подразделения.

Результаты проверок (плановых и внеплановых) фиксируются в Журнале учета  по проведению мероприятий контроля (приложение 2 к Положению).

По результатам проверок руководитель структурного подразделения:

-разрабатывает и реализует мероприятия по устранению недостатков, нарушений, выявленных в ходе проверки (план мероприятий по устранению недостатков);

-вносит предложения, направленные на улучшение качества социальных услуг (служебные записки директору Учреждения);

-внедряет современные социальные технологии с учетом потребностей получателей социальных услугяяяяяяяя4

      -в случае отклонения действий специалистов от требований нормативных документов, в том числе по причине отсутствия возможности их выполнения, руководитель структурного подразделения информирует о данном факте заместителя директора Учреждения (куратора подразделения) для принятия мер по их устранению.

      -в случае нарушений трудовой дисциплины, невыполнения должностных инструкций, инструкций по оказанию социальных услуг информирует заместителя директора Учреждения, ходатайствует о дисциплинарном взыскании (служебная записка директору Учреждения).

3.4.3.Работники структурных подразделений (отделений) осуществляют ежедневный систематический самоконтроль качества услуг.

Самоконтроль специалиста учреждения проводится ежедневно.

Цель самоконтроля – рационализация рабочего времени специалиста, которая приведет к увеличению количества оказываемых каждым специалистом услуг и повышению их качества.

Специалист работает в соответствии с ежедневным планом.

Каждый специалист в своей работе должен руководствоваться стандартами по предоставлению социальных услуг, которые находятся на рабочих местах.

По окончанию рабочего дня специалист должен зафиксировать все оказанные им услуги. В конце месяца составляется отчет об оказанных социальных услугах и до 25 числа каждого месяца подается заведующему отделением.

Для организации самоконтроля по оказанию услуг сотрудник структурного подразделения руководствуется следующими документами:

-Положением об отделении;

-стандартами предоставления социальных услуг (национальными, региональными, Учреждения);

 -должностными инструкциями;

-системой менеджмента качества и бережливого производства.

**4. Основные критерии и показатели качества**

**оказания социальных услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерии** | **Показатели** | **Объекты проверки** |
| Наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует отделение | Соответствие предъявляемым требованиям по оформлению, хранению, срокам исполнения | Положение об отделении, правила, инструкции, методики работы, эксплуатационные документы на оборудование, приборы, аппаратуру, стандарты социального обслуживания, иные нормативные акты, регламентирующие деятельность  |
| Своевременность проверки состояния и пересмотра документов, их обновления и изъятия из обращения устаревших |
| Условия размещения | Соответствие размеров и состояния помещений санитарно-гигиеническим нормам и правилам, требованиям противопожарной безопасности; защищенность от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура и влажность воздуха, загазованность, запыленность, шум, вибрация и др.) |  |
| Полнота обеспечения отделения всеми видами коммунально-бытового обслуживания, оснащение телефонной связью, создания необходимых условий для пребывания в нем граждан пожилого возраста и инвалидов, обслуживающего персонала, а также предоставления социальных услуг |
| Укомплектованность специалистами и сотрудниками соответствующей квалификации | Соответствие штатному расписанию | Работники отделения |
| Соответствие у сотрудников образования, квалификации, профессиональной подготовки, знаний и опыта, необходимых для выполнения возложенных обязанностей |
|  | Наличие деловых, моральных и морально-этических качеств, умение поддерживать нормальные, гуманные отношения с получателями социальных услуг, (проверяется путем изучения личных дел, собеседования, опроса руководителей, коллег и получателей социальных услуг) |  |
| Соответствие обязанностей, исполняемых специалистами, изложенных в нормативных правовых актах, регулирующих их обязанности, права и ответственность; |
| Своевременность прохождения аттестации в установленном порядке; |
| Наличие утвержденного плана мероприятий по подготовке (обучению, повышению квалификации, аттестации, стажировке и т.д.) специалистов, выполняющих работы, непосредственно влияющие на качество услуг |
| Специальное техническое оснащение подразделений (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.) | Укомплектованность оснащением (оборудованием, аппаратурой, приборами), его техническое состояние, соответствие требованиям стандартов, технических условий, других нормативных документов | оборудование, приборы, аппаратура и т.д. |
| Правильность и эффективность использования, своевременность его приобретения |
| Наличие информации о структурных подразделениях, порядке и правилах предоставления услуг | Состояние информации о структурных подразделениях (сведений о наименовании, его местонахождении, характере, видах и объеме предоставляемых услуг, порядке, правилах и условиях их предоставления и др.) |  |
| Доведение до сведения граждан наименования и местонахождение любым способом, предусмотренным законодательством РФ, предоставление по требованию проживающих необходимой и достоверной информации о выполняемых услугах, позволяющей им сделать выбор. |
| Соответствие предоставляемых услуг стандартам и другим нормативным документам в области социального обслуживания | Наличие документально оформленных результатов проводимых проверок соответствия предоставляемых услуг стандартам и другим нормативным документам в области социального обслуживания, характер отмечаемых недостатков и степень реализации мероприятий по их устранению |  |
| Показатели качества оказания социальных услуг в подразделениях учреждения устанавливаются в соответствии с   Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52142-2013 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения».     |

Приложение 1

 к Положениюо системе внутреннего контроля

 качества оказания социальных услуг

В БУ «Нефтеюганский комплексный центр

 социального обслуживания населения»

**Чек-лист для проведения контроля (самоконтроля)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопрос** | **Комментарии** | **балл** |
| 1. | Какие функции выполняет специалист подразделения? | Функции специалиста подразделения отражены в должностной инструкции | 1-в ДИ учтены все функции специалиста;0-неполное перечисление фукций  |
| 2. | Выполняются ли специалистом функции в соответствии с должностной инструкцией в полном объеме? |  | 2-в полном объеме, 1 – не в полном объеме |
| 3. | Выполняет ли специалист дополнительные функции? | Указываются дополнительные функции (или их отсутствие) | 2 – наличие дополнительных функций,0 -отсутствие |
| 4. | Каким образом планируется деятельность специалиста? | Деятельность специалиста планируется исходя из плана Учреждения, подразделения, а так же индивидуального плана | 1-наличие индивидуального плана  |
| 5. | В каких документах отражены требования к предоставляемым социальным услугам специалистом?Имеются ли документы, регулирующие деятельность специалиста? | Наличие на рабочем столе требований (стандартов, технологий, порядков предоставления услуг получателям социальных услуг)  | 1-наличие документации;0-отсутствие |
| 6. | Каким образом специалист осуществляет контроль выполнения государственного задания ? | Предоставляется план-график выполнения государственного задания, отчеты по выполнению государственного задания | 1-наличие;0 - отсутствие |
| 7. | Какие инновационные технологии внедряются специалистом? | Указываются виды технологий | 3 – свыше трех технологий;1—меньше трех технологий; 0- отсутствие  |
| 8. | Каким образом специалист анализирует качество предоставляемых услуг? |  | 1-Наличие анализа;0-отсутствие |
| 9. | Применяет ли специалист технологии бережливого производства? | Указываются применяемые технологии | 3-применение более 3-х технологий;1-применение менее трех технологий; 0-отсутствие |
| 10. | Наличие положительных (отрицательных) отзывов получателей социальных услуг |  | 1-наличие;0-отсутствие |
| 11. | Каким образом специалист повышает свой профессиональный уровень? | Указываются курсы повышения квалификации, семинары, конференции | 1-участие;0- отсутствие  |
| 12. | Каким образом специалист обобщает свой опыт работы? | Указываются мероприятия по обобщению и распространению опыта работы специалиста | 1-наличие мероприятий;0-отсутствие |
| 13. | Имеются ли нарушения трудовой дисциплины ? | Учитываются случаи нарушений сроков предоставления отчетности, замечания со стороны руководства | 1-отсутствие;-3 - наличие |

По результатам заполнения чек-листа определяется рейтинг специалистов в подразделении.

Приложение 2

 к Положениюо системе внутреннего контроля

 качества оказания социальных услуг

В БУ «Нефтеюганский комплексный центр

 социального обслуживания населения»

**Журнал учета  по проведению мероприятий контроля**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование мероприятия** | **Ф.И.О. проверяемого,****должность**  | **Дата проверки** | **Выявленные нарушения** | **Меры по устранению нарушений** | **балл** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 2

 к приказу от «16»декабря 2019г. №15/31-П-571

 **Состав Комиссии по контролю качества 1-го уровня**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Ф.И.О.** | **должность** | **подразделение** | **примечание** |
| 1. | Олексин В. Н. | директор | АХЧ | председатель |
| 2. | Ремезова В.В. | заместитель директора | АХЧ | заместитель председателя |
| 3. | Казарина Э.Н. | заведующий отделением  | отделение информационно-аналитической работы |  |
| 4. | Щеколдина О.Ю. | заведующий отделением | отделение экстренной психологической помощи (телефон доверия) | член комитета первичной профсоюзной организации |
| 5. | Энгере Н.В. | специалист по охране труда | АХЧ |  |
| 6. | Васильева Н.В. | юрисконсульт | АХЧ |  |
| 7. | Бакулина Н.Б. | методист | отделение информационно-аналитической работы |  |

**Состав Комиссии по контролю качества 2-го уровня**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Ф.И.О.** | **должность** | **подразделение** | **примечание** |
| 1. | Дрягина А.Н. | заместитель директора | АХЧ | председатель |
| 2. | Сафронова Ю.В. | заместитель заведующего отделением | отделение социального сопровождения граждан | заместитель председателя |
| 3. | Якимова Е.Г. | специалист по работе с семьей  | специализированное отделение социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов |  |
| 4. | Сырятова Т.Ш. | специалист по комплексной реабилитации | отделение социальной реабилитации и абилитации |  |
| 5. | Бардачева И.В. | специалист по работе с семьей | отделение психологической помощи гражданам  |  |
| 6. | Юрова К.В. | психолог | отделение экстренной психологической помощи |  |
| 7. | Мальмина С.Е. | психолог | отделение для несовершеннолетних (в т.ч. «Социальный приют») |  |
| 8. | Батагова Е.В. | специалист по работе с семьей | отделение «Специальный дом для одиноких престарелых» |  |
| 9. | Юрченко О.А. | специалист по работе с семьей | отделение психологической помощи гражданам |  |
| 10. | Адылова Г.Н. | медицинская сестра | социально-медицинское отделние |  |
| 11. | Овчинникова О.В. | специалист по социальной работе | отделение информационно-аналитической работы |  |

**Состав Комиссии по контролю качества 3-го уровня**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Ф.И.О.** | **должность** | **подразделение** | **примечание** |
| 1. | Олексин В.Н. | директор | АХЧ | председатель |
| 2. | Дрягина А.Н. | заместитель директора | АХЧ | заместитель председателя |
| 3. | Ремезова В.В. | заместитель директора | АХЧ |  |
| 4. | Рахманова М.Я. | юрисконсульт | АХЧ |  |
| 5. | Бебнева А.А. | специалист по кадрам | АХЧ |  |
| 6. | Кулакова И.М. | специалист по работе с семьей | отделение психологической помощи гражданам |  |
| 7. | Горбунова С.А. | заведующий отделением | отделение психологической помощи гражданам |  |

Приложение 3

 к приказу от «16»декабря 2019г. №15/31-П-571

**План проведения проверок Комиссии по контролю качества учреждения 1 –го уровня**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование подразделения** | **Дата проверки**  | **Ответственный**  |
| 1. | Контрактная служба | февраль  | Ремезова В.В. |
| 2. | Отделение информационно-аналитической работы | март |  |
| 3. | Отделение социального сопровождения граждан | апрель | Казарина Э.Н. |
| 4. | Специализированное отделение социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов | май | Васильева Н.В. |
| 5. | Отделение социальной реабилитации и абилитации | июнь | Казарина Э.Н. |
| 6. | Отделение «Специальный дом для одиноких престарелых» | сентябрь | Ремезова В.В. |
| 7. | Отделение экстренной психологической помощи (телефон доверия) | август | Васильева Н.В. |
| 8. | Социально-медицинское отделение | октябрь | Бакулина Н.Б. |
| 9. | Отделение психологической помощи гражданам | ноябрь | Щеколдина О.Ю. |
| 10. | Отделение для несовершеннолетних («Социальный приют») | декабрь | Бакулина Н.Б. |

**План проведения проверок Комиссии по контролю качества учреждения 2-го уровня**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование подразделения** | **Наименование** **подразделения**  | **Дата проверки**  | **Ответственные**  |
| 1. | Отделение информационно-аналитической работы | Отделение для несовершеннолетних («Социальный приют») | январьфевраль | Овчинникова О.В.Мальмина С.Е. |
| 2. | Отделение социальной реабилитации и абилитации | Специализированное отделение социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов | мартапрель | Сырятова Т.Ш.Якимова Е.Г. |
| 3. | Отделение социального сопровождения граждан | Отделение «Специальный дом для одиноких престарелых» | майиюнь | Сафронова Ю.В.Батагова Е.В. |
| 4. | Отделение психологической помощи гражданам | Отделение экстренной психологической помощи (телефон доверия) | сентябрьоктябрь | Бардачева И.Юрова К.В. |
| 5. | Социально-медицинское отделение | Отделение социальной реабилитации и абилитации | ноябрь | Сырятова Т.Ш.Адылова Г.Н. |