

## ZARZĄDZENIE NR 2/2015

Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie  
z dnia 12 stycznia 2015 r.

**w sprawie kontroli zarządczej w Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie.**

Na podstawie art. 68 i 69 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.), § 2 zarządzenia nr 75/12/2014 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 31 grudnia 2014 r. w sprawie określenia zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Urzędzie Miasta Lublin i jednostkach organizacyjnych miasta Lublin - wydanie drugie, a także na podstawie § 8 ust. 7 regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie przyjętego zarządzeniem Nr 29/3/2013 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 12 marca 2013r w sprawie przyjęcia regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie, zarządzam, co następuje:

Misją Domu jest zapewnienie mieszkańcom na poziomie obowiązującego standardu całodobowej opieki, w tym: warunków bezpiecznego i godnego życia, intymności i niezależności, oraz rozwoju osobowości osobom wymagającym wsparcia z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności.

### Postanowienia ogólne

#### § 1

1. Wprowadzam w Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie, zwanym dalej Domem procedury kontroli zarządczej rozumiane jako ogół działań podejmowanych przez Dyrektora Domu dla realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny, terminowy.
2. Celem kontroli zarządczej jest w szczególności zapewnienie:
  - 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi - zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi zapewnia w szczególności radca prawny, który parafuje projekty umów, zarządzeń i regulaminów oraz sporządza opinie prawne,
  - 2) skuteczności i efektywności działania - skuteczność i efektywność działania zapewnia system kontroli wewnętrznej i zewnętrznej, pozwalający na dokonanie niezbędnych zmian w ocenianych procesach,
  - 3) wiarygodności sprawozdań, informacji, raportów - wiarygodność sprawozdań zapewnia się poprzez sporządzenie ich zgodnie z przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi,
  - 4) ochrony zasobów ludzkich, finansowych, rzeczowych i informacyjnych - ochrona zasobów zapewniona jest poprzez zabezpieczenie wszystkich zasobów Domu i udostępnienie ich tylko osobom upoważnionym, w tym: odpowiedzialnym za gospodarkę zasobami,

- 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania - przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania dokonywane jest poprzez zatrudnianie kompetentnych pracowników i upowszechnienie, nadzorowanie przestrzegania obowiązków pracownika samorządowego, zgodnie z kodeksem etyki obowiązującym w Domu,
- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji - efektywność i skuteczność przepływu informacji gwarantują systemy informatyczne, Internet oraz cykliczne narady kierownictwa, a także zarządzenia wewnętrzne dyrektora wraz z informacjami prawnymi sporządzonymi przez radcę prawnego,
- 7) zarządzania ryzykiem dla zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań poprzez zapobieganie niekorzystnym zjawiskom i zdarzeniom w działalności Domu - zarządzanie ryzykiem dokonywane jest poprzez identyfikowanie ryzyk i podejmowanie działań zarządzania ryzykiem określonych w dalszej części zarządzenia.

## § 2

Kontrola zarządcza dokonywana jest w oparciu o kryteria: legalności, rzetelności, celowości, gospodarności, przejrzystości i jawności dokonywanych operacji gospodarczych.

1. Kryterium legalności (zgodności z prawem) polega na badaniu czy kontrolowana komórka organizacyjna Domu prowadzi działalność zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, oraz czy obowiązujące unormowania wewnętrzne są zgodne z przepisami ustawowymi i obowiązującą praktyką.
2. Kryterium rzetelności służy ocenie czy dokumentowanie działań Domu jest zgodne z zasadami określonymi w regulaminie organizacyjnym Domu, regulaminach komórek organizacyjnych Domu oraz procedurach wewnętrznych, w tym w szczególności w polityce rachunkowości.
3. Kryterium celowości polega na badaniu, czy działalność Domu jest zgodna z przyjętymi celami i zadaniami wskazanymi w statucie jednostki i z przyjętymi planami.
4. Kryterium gospodarności pozwala na ocenę wydatkowania środków pod kątem uzyskiwania najlepszych efektów z ponoszonych nakładów, oraz podejmowania działań zapobiegających wystąpieniu szkód lub powodujących ich ograniczenie.
5. Kryterium przejrzystości, według którego dochody i wydatki mają być klasyfikowane, sprawozdania finansowe sporządzane, a zasady rachunkowości stosowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w formie zorganizowanego ładu dokumentacyjnego. Ponadto sprawdza się czy dokumenty (dowody księgowo) będące podstawą zapisu w księgach rachunkowych są opisywane w sposób umożliwiający identyfikację zrealizowanego zadania.
6. Kryterium jawności w zakresie, którego jednostka zamieszcza informacje w Biuletynie Informacji Publicznej i udostępnia materiały zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej.

## Odpowiedzialność i nadzór nad realizacją kontroli zarządczej

### § 3

1. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do obowiązków Dyrektora Domu.
2. Dyrektor Domu na podstawie informacji zarządczych podejmuje natychmiastowe działania dla zapewnienia realizacji celów i zadań Domu w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
3. Informację zarządczą stanowią m.in.:
  - 1) wyniki kontroli instytucjonalnych (zalecenia pokontrolne), realizowanych m.in. przez NIK, kontrole resortowe,
  - 2) wyniki pracy audytu wewnętrznego Urzędu Miasta Lublin,
  - 3) czynności przeprowadzone w ramach kontroli finansowo – księgowej,
  - 4) kontrola funkcjonalna sprawowana przez osoby zajmujące stanowiska kierownicze w Domu,
  - 5) stały monitoring realizacji celów i zadań,
  - 6) wyniki uzyskane przez zarządzanie ryzykiem wewnętrznym i informacje dostarczane na skutek bieżącej analizy funkcjonowania komórek organizacyjnych Domu.
  - 7) samokontrola.

### § 4

Kierujący komórkami organizacyjnymi Domu ponoszą odpowiedzialność za nadzorowanie i kontrolowanie procesów zachodzących w kierowanych przez nich komórkach w sposób dający Dyrektorowi racjonalne zapewnienie, że:

- 1) działania podległych im komórek pozostają w zgodzie z przepisami prawa, zasadami przyjętymi w Domu (procedurami) oraz ze standardami,
- 2) zasoby jakimi dysponuje Dom są zużywane oszczędnie, a usługi świadczone są na odpowiednim poziomie,
- 3) sporządzane są roczne plany realizacji celów i zadań przez komórki organizacyjne, plany te są monitorowane, a w konsekwencji osiągnane zamierzone rezultaty,
- 4) dane i informacje publikowane lub udostępniane wewnątrz, czy na zewnątrz są rzetelne, wiarygodne i aktualne,
- 5) zasoby organizacji (włączając w to pracowników, systemy, dane, informacje i reputację) są dostatecznie zabezpieczone ( nadzorowane),
- 6) ryzyka związane z realizacją zadań są na bieżąco identyfikowane i monitorowane.

### § 5

Nadzorowanie i kontrolowanie jest funkcją kierowania i pozostaje integralną częścią ogólnego procesu zarządzania Domem. W związku z tym do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należy:

- 1) identyfikowanie i ocena ryzyka niepowodzenia (nieprawidłowości, straty itp.) związanego z konkretnym obszarem działań,

- 2) stosowanie innych narzędzi nadzorowania i kontrolowania, które zachęcają i wymagają od podległych pracowników wykonywania swoich obowiązków w taki sposób, aby osiągnąć cele kontroli zarządczej wymienione powyżej,
- 3) zapewnienie skuteczności wykonywania kontroli zarządczej i dbałość o ciągłą poprawę realizowanych przez siebie procesów.

### **Cele, zadania i mierniki kontroli zarządczej.**

#### § 6

1. Dom określa i realizuje cele, zadania, mierniki, ryzyka w rocznej perspektywie.
2. Kierujący komórkami organizacyjnymi i pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy w terminie do 15 stycznia przedkładają pełnomocnikowi ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym, informacje o realizacji celów, zadań, mierników oraz ryzyk za rok ubiegły.
3. Formularz celów, zadań, mierników i ryzyk stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

#### § 7

1. Cele realizowane przez Dom powinny być zgodne z:
  - 1) przepisami prawa,
  - 2) statutem, regulaminem organizacyjnym Domu, zarządzeniami Dyrektora Domu określającymi zadania komórek organizacyjnych,
  - 3) regulacjami wewnętrznymi określającymi obowiązki.
2. Cele w szczególności powinny być:
  - 1) istotne, tzn. ważne z punktu widzenia zadań realizowanych przez komórkę organizacyjną, stanowisko pracy.
  - 2) precyzyjne, tzn. sformułowane w sposób jasny, jednoznaczny,
  - 3) spójne, tzn. powinny zapewniać wzajemną zgodność z celami zapisanymi w statucie Domu i regulaminie organizacyjnym Domu,
  - 4) mierzalne, tzn. powinny być sformułowane w taki sposób, aby stopień ich osiągnięcia był możliwy do zmierzenia za pomocą mierników,
  - 5) realistyczne, tzn. realne do wykonania,
  - 6) określone w czasie, tzn. cele powinny uwzględniać okres, w którym mają być realizowane.

#### § 8

1. Zadania powinny wynikać ze sformułowanych celów.
2. Zadania służące osiągnięciu celu powinny być scharakteryzowane w szczególności w zakresie:
  - 1) przypisania mierników,
  - 2) terminu realizacji,
  - 3) częstotliwości pomiaru.
3. W zadaniach o dużej złożoności możliwe jest wskazanie podzadań lub konkretnych działań.

## § 9

1. Mierniki mogą być zdefiniowane m. in. jako:
  - 1) mierniki produktu, czyli miary uzyskanych efektów,
  - 2) mierniki rezultatu, czyli miary zadań, które mają być osiągnięte,
  - 3) mierniki oddziaływania, czyli miary poziomu jakości.
2. Prawidłowo skonstruowane mierniki powinny odpowiadać na następujące pytania:
  - 1) czy pokazują stopień realizacji zadania,
  - 2) czy mierzą to, na co mamy wpływ,
  - 3) czy mamy wiarygodne dane do obliczania mierników,
  - 4) czy łatwo je monitorować.

## Zarządzanie ryzykiem

### § 10

1. System zarządzania ryzykiem jest istotnym narzędziem w sprawowaniu skutecznej kontroli zarządczej. Zarządzanie ryzykiem obejmuje:
  - 1) identyfikację ryzyka,
  - 2) analizę i ocenę ryzyka,
  - 3) wskazanie mechanizmów kontrolnych obniżających wartość ryzyka,
  - 4) monitorowanie skuteczności wdrażanych mechanizmów kontrolnych.
2. Analiza i ocena ryzyka dokonywana jest w sposób jednolity przynajmniej raz w roku w terminie do dnia 15 stycznia.
3. Wszyscy pracownicy aktywnie uczestniczą w procesie zarządzania ryzykiem w Domu.
4. W ramach analizy ryzyka wskazywane są przyczyny ryzyka, a oceniane jest:
  - 1) prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka,
  - 2) skutki zmaterializowania się ryzyka wg kryteriów: finansowych, reputacji realizacji zadań.
5. Ocena prawdopodobieństwa dokonywana jest w skali od 1 do 4, gdzie:
  - 1 – oznacza, że zagrożenie jest bardzo niskie /istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie nie wystąpi w ciągu roku/,
  - 2 – oznacza, że zagrożenie jest niskie /istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie wystąpi raz w ciągu roku/,
  - 3 – oznacza, że zagrożenie jest wysokie /istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie wystąpi kilkakrotnie w ciągu roku/,
  - 4 – oznacza, że zagrożenie jest bardzo wysokie /istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie będzie powtarzalne w ciągu roku/.
6. Ocena skutków dokonywana jest w skali od 1 do 4 oceniając niżej wymienione kryteria:
  - 1) skutek – finanse gdzie:
    - 1 – oznacza znikomy wpływ na finanse jednostki, niewymagający reakcji związanej z realizacją danego zadania /niezakłócający realizacji zadania/,

- 2 – oznacza niewielki wpływ na finanse jednostki, wymagający podjęcia działań, w wyniku których zakłócenie w realizacji zadania zostanie zneutralizowane,
  - 3 – oznacza wysoki wpływ na finanse jednostki, którego zminimalizowanie wymaga zaangażowania znaczącego zasobu czasu lub środków,
  - 4 – oznacza bardzo wysoki i trwały wpływ na finanse jednostki /w tym uniemożliwiający kontynuację zadania/.
- 2) skutek – reputacja, gdzie:
- 1 – oznacza bardzo niski wpływ – brak negatywnych reakcji zewnętrznych na działania Domu,
  - 2 – oznacza niski wpływ sporadyczne, krótkotrwałe sygnały dotyczące pojedynczych zdarzeń nie wpływających na wizerunek Domu,
  - 3 – oznacza wysoki wpływ – sytuacje i zjawiska prowadzące do utraty wiarygodności i zaufania w niektórych obszarach,
  - 4 – oznacza bardzo wysoki wpływ – utrata pozytywnego wizerunku i zaufania do Domu.
- 3) skutek - realizacja zadań, gdzie:
- 1 – oznacza bardzo niski wpływ – zdarzenia nie wpływają na realizację zadań Domu,
  - 2 – oznacza niski wpływ – zdarzenie utrudnia realizację zadań Domu,
  - 3 – oznacza wysoki wpływ – zdarzenie wpływa na przekroczenie mierników /koszty, terminy, zakres/ realizowanych zadań,
  - 4 – oznacza bardzo wysoki wpływ – zdarzenie uniemożliwia realizację zadań, zagraża realizacji celu.
7. Wartość ryzyka ustalana jest wg wzoru  $WR = Px / Sf + Sr + Sz /$ , gdzie:  
 WR – oznacza wartość ryzyka,  
 P - oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka,  
 S<sub>f</sub> – oznacza skutek – finanse,  
 S<sub>r</sub> – oznacza skutek – reputacja,  
 S<sub>z</sub> – oznacza skutek – realizacja zadań.
8. Akceptowalny poziom ryzyka wyznaczany jest przez Dyrektora Domu w odniesieniu do każdego ryzyka.
9. Wyniki oceny ryzyka stanowią podstawę do przygotowania rejestru ryzyk.
10. Kierownicy komórek organizacyjnych Domu raz w roku dokonują identyfikacji ryzyk w odniesieniu do realizowanych celów, zadań, dokonują także ich analizy.

## Samooocena

### § 11

1. Samooocena to formalny proces, który umożliwia Dyrektorowi Domu dokonanie przeglądu istniejących mechanizmów kontroli pod względem adekwatności oraz przekazywania zaleceń oraz uzgadnianie i wdrażanie ulepszeń.
2. Samooocena jest dokonywana przez Dyrektora Domu, kierowników komórek organizacyjnych Domu oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy raz w roku, zgodnie z kwestionariuszami samooceny stanowiącymi załączniki nr 4 i 5 do zarządzenia.

3. Dyrektor Domu przedkłada w terminie o którym mowa w § 13 ust. 3 pkt.1 do Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie informację o stanie kontroli zarządczej wraz z kwestionariuszem samooceny Dyrektora Domu.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych Domu oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy przedkładają w terminie o którym mowa w § 6 pkt. 2 pełnomocnikowi ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym kwestionariusz samooceny.

### **Koordinacja i monitorowanie kontroli zarządczej**

#### **§ 12**

1. Koordinację kontroli zarządczej prowadzi pełnomocnik ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym – Z-ca Dyrektora Domu.
2. Pełnomocnik ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym, w imieniu Dyrektora Domu, sprawuje bezpośredni nadzór nad stanem kontroli zarządczej, w tym:
  - 1) gromadzi informacje na temat stopnia realizacji zadań, oceny ryzyka i przedkłada Dyrektorowi Domu informację w tym zakresie,
  - 2) gromadzi i przedkłada informacje Dyrektorowi Domu stanowiące podstawę podpisania informacji o stanie kontroli zarządczej,
  - 3) gromadzi (posiada dostęp) informacje na temat przeprowadzonych kontroli w Domu,
  - 4) wnioskuje o konieczność usprawnienia kontroli zarządczej.
3. Pełnomocnik ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym przedkłada Dyrektorowi Domu informacje, o których mowa w ust. 2 raz w roku w terminie do 20 stycznia.
4. Raz na pół roku, w terminie do końca miesiąca następującego po zakończeniu półrocza, pełnomocnik ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym, gromadzi informacje od kierowników komórek organizacyjnych i pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy na temat stopnia realizacji celów i zadań (planu pracy), potencjalnych zagrożeń wraz z propozycjami działań zaradczych czy też korekcyjnych i przedkłada je Dyrektorowi Domu.

### **Informacja o stanie kontroli zarządczej**

#### **§ 13**

1. Informację o stanie kontroli zarządczej, raz na rok podpisuje Dyrektor Domu w oparciu o fakty i zdarzenia, które miały miejsce w Domu na podstawie dokumentacji przedłożonej przez pełnomocnika ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym tj.:
  - 1) informacji na temat stopnia realizacji celów i zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
  - 2) wyników kontroli zewnętrznych, wewnętrznych, auditów,
  - 3) udokumentowanych wyników samooceny.
2. Wzór informacji o stanie kontroli zarządczej stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia.

3. Zadaniem Dyrektora w zakresie obowiązków wynikających z zarządzenia prezydenta Miasta Lublin dotyczącym kontroli zarządczej jest złożenie:
- 1) informacji o stanie kontroli zarządczej oraz wyniki samooceny do dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie do 15 lutego,
  - 2) propozycji celów i zadań wraz z analizą i oceną ryzyka do dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie do 10 lutego,
  - 3) sprawozdania z realizacji celów i zadań do dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie do 10 lutego (załącznik nr 3).

§ 14

Traci moc: zarządzenie nr 11/2011 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie z dnia 26 września 2011 r. w sprawie kontroli zarządczej w Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie oraz zarządzenie nr 3/2013 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie z dnia 8 kwietnia 2013 r. w sprawie zmiany zarządzenia nr 11/2011 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie z dnia 26 września 2011 r. w sprawie kontroli zarządczej w Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie.

§ 15

Wykonanie zarządzenia powierzam wszystkim pracownikom Domu.

§ 16

Nadzór nad realizacją zarządzenia powierzam pełnomocnikowi ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym.

§ 17

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

*mgr Małgorzata Rajca*  
Rada Prawny

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
im. W. Michelisowej  
w Lublinie  
*mgr Jolanta Słazak-Chabros*

Załączniki:

- nr 1 – Informacja o stanie kontroli zarządczej za rok.
- nr 2 – Cele, zadania, mierniki, ryzyka.
- nr 3 – Sprawozdanie z realizacji celów i zadań.
- nr 4 – Kwestionariusz samooceny Dyrektora Domu.
- nr 5 – Kwestionariusz do samooceny kontroli zarządczej kierownika komórki organizacyjnej oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
- nr 6 - Procedura kontroli funkcjonalnej w Domu.



## Informacja o stanie kontroli zarządczej za rok

Jako osoba odpowiedzialna za wykonanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności dla zapewnienia:

- zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

informuje, że w kierowanej przeze mnie jednostce organizacyjnej:

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej)

### Część A<sup>1</sup>

- w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

### Część B<sup>1</sup>

- w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

1) Uwagi dotyczą<sup>2</sup>:

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

2) Zostaną podjęte następujące działania w celu poprawy wykonywania kontroli zarządczej.<sup>3</sup>

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

### Część C<sup>1</sup>

- nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

1) Uwagi dotyczą<sup>2</sup>:

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

2) Zostaną podjęte następujące działania w celu poprawy funkcjonowania kontroli

zarządczej:3

#### Część D<sup>4</sup>

W ubiegłym roku zostały podjęte następujące działania w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej:

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

#### Część E

Niniejsza informacja opiera się na:

1) mojej ocenie bieżącej analizy funkcjonowania jednostki i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszej informacji pochodzących, m.in. z:5

- oceny stopnia realizacji celów i zadań,
- procesu zarządzania ryzykiem,
- ocen i zaleceń audytu wewnętrznego,
- ocen i zaleceń audytu zewnętrznego,
- ocen i zaleceń kontroli wewnętrznej,
- ocen i zaleceń kontroli zewnętrznej,
- zaleceń audytu jakości
- innych źródeł informacji:

.....

2) wynikach samooceny kontroli zarządczej.

Jednocześnie informuję, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszej informacji.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis dyrektora jednostki)

<sup>1</sup> W zależności od wyników oceny stanu kontroli zarządczej wypełnia się tylko jedną część z części A albo B, albo C. Część A wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła łącznie: zgodność działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, skuteczność i efektywność działania, wiarygodność sprawozdań, ochronę zasobów, przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania, efektywność i skuteczność przepływu informacji oraz zarządzanie ryzykiem (**tj. w przypadku niestwierdzenia nieprawidłowości lub słabości kontroli zarządczej w każdej kategorii celów**). Części B i C skreśla się. Część B wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu: zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi lub skuteczności i efektywności działania, lub wiarygodności sprawozdań, lub ochrony zasobów, lub przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, lub efektywności oraz skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem (**tj. w przypadku stwierdzenia istotnych nieprawidłowości lub słabości kontroli zarządczej w przynajmniej jednej kategorii celu**), z zastrzeżeniem przypisu 5. Części A i C skreśla się. Część C wypełnia się w przypadku, gdy kontrola zarządcza nie zapewniła w wystarczającym stopniu: zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, ani skuteczności i efektywności działania, ani wiarygodności sprawozdań, ani ochrony zasobów, ani przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, ani efektywności i skuteczności przepływu informacji, ani zarządzania ryzykiem (**tj. w przypadku stwierdzenia istotnych nieprawidłowości lub słabości kontroli zarządczej we wszystkich 7 kategoriach celów**). Części A i B skreśla się.

<sup>2</sup> Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu jednostki, istotny cel lub zadanie, które nie zostały zrealizowane, wraz z podaniem – jeżeli to możliwe – obszaru, którego uwagi dotyczą, w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań lub ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności oraz skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem.

<sup>3</sup> Należy opisać kluczowe działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w odniesieniu do złożonych zastrzeżeń wraz z podaniem terminu ich realizacji.

<sup>4</sup> Należy opisać najistotniejsze działania jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy informacja w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w części B albo C w informacji za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsza informacja oraz inne działania, jeżeli takie zostały podjęte, nie zaplanowane w informacji za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsza informacja.

<sup>5</sup> W przypadku zaznaczenia punktu „innych źródeł informacji” należy je wymienić.

**Cele, zadania, mierniki, ryzyka.**

..... na ..... rok  
 (nazwa jednostki organizacyjnej)

**I. Cele, zadania, mierniki**

| Lp. | Cel | Najważniejsze zadania służące realizacji celu | Mierniki określające stopień realizacji zadania |   |
|-----|-----|---|---|---|
|     |     |   | Nazwa   | Planowana wartość do osiągnięcia na koniec roku |
| 1   | 2   | 3   | 4   | 5   |
| 1.  |     |   |   |   |
| 2.  |     |   |   |   |
| 3.  |     |   |   |   |

**UZGADNIAM / UZGADNIAM Z UWAGAMI**

Opis uwag:

.....  
 (podpis dyrektora jednostki)

.....  
 (podpis dyrektora komórki organizacyjnej Urzędu/pracownika zatrudnionego  
 na stanowisku pracy w departamencie sprawujących nadzór nad jednostką organizacyjną)

**PRZYJMUJĘ DO REALIZACJI**

.....  
 (podpis dyrektora jednostki)



## Sprawozdanie z realizacji celów i zadań

..... Za ..... rok  
 (nazwa jednostki organizacyjnej)

| Lp. | Cel | Najważniejsze zadania służące realizacji celu | Miernik planowany | Miernik osiągnięty | Uwagi <sup>1</sup> | Realizacja celu (zrealizowany/niezrealizowany) | Przyczyny niezrealizowania celu | Planowane działania doskonalące |
|-----|-----|---|-------------------|--------------------|--------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1   | 2   | 3   | 4                 | 5                  | 6                  | 7  | 8                               | 9                               |
|     |     |   |                   |                    |                    |  |                                 |                                 |
|     |     |   |                   |                    |                    |  |                                 |                                 |
|     |     |   |                   |                    |                    |  |                                 |                                 |
|     |     |   |                   |                    |                    |  |                                 |                                 |

.....  
 (podpis dyrektora jednostki)

<sup>1</sup> Jeżeli miernik planowany (kolumna4) jest mniejszy od miernika osiągniętego (kolumna5) należy wskazać ewentualne przyczyny braku realizacji założonych zadań (kolumna 6).

<sup>2</sup> Wybrać właściwe; w przypadku brak realizacji założonego celu, należy uzupełnić kolumnę „Przyczyny niezrealizowania celu” oraz kolumnę „Planowane działania doskonalące”.



## OBSZAR II CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

### Standardy

5. Misja. 6. Określenie celów i zadań, monitorowanie i oceny ich realizacji. 7. Identyfikacja ryzyka. 8. Analiza ryzyka 9. Reakcja na ryzyko.

| Lp.   | Pytanie   | TAK  | NIE | Uwagi |
|---|---|--|-----|-------|
| 1.  | Czy Pani/Panu i pracownikom Domu znana jest misja jednostki ?   |  |     |       |
| 2.  | Czy zostały określone cele i zadania Pani/Pana jednostki ?  |  |     |       |
| 3.  | Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan  |  |     |       |
| 4.  | Czy dla poszczególnych celów i zadań określone zostały osoby odpowiedzialne za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji ? |  |     |       |
| 5.  | Czy w Pani/Pana jednostce przeprowadzana jest identyfikacja ryzyka w odniesieniu do celu i zadań ?  |  |     |       |
| 6.  | Czy zidentyfikowane ryzyka zostały ocenione pod względem prawdopodobieństwa ich wystąpienia i możliwych skutków ?                         |  |     |       |
| 7.  | Czy proces identyfikacji i analizy ryzyka jest w Pani/Pana jednostce dokumentowany ?  |  |     |       |
| 8.  | Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony sposób radzenia sobie z tym ryzykiem / tzw. Reakcja na ryzyko /               |  |     |       |
| Po przeprowadzonej analizie obszaru należy dokonać oceny obszaru w skali 1 -5<br>1 – przyjęte rozwiązania są nieadekwatne, nieskuteczne i nieefektywne.<br>2 – faza działań wstępnych wdrażania standardów wskazuje minimalny poziom adekwatności skuteczności i efektywności<br>3 – średni stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br>4 – zaawansowany stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br>5 – przyjęte rozwiązania są adekwatne skuteczne i efektywne, stanowiące przykład najlepszej praktyki |   | Ocena obszaru<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>/ należy wpisać ocenę punktową wg skali podanej obok oraz ewentualne dodatkowe komentarze lub wyjaśnienia / |     |       |

## OBSZAR III MECHANIZMY KONTROLI

### Standardy

10. Dokumentowanie mechanizmów kontroli zarządczej. 11. Ciągłość działalności.  
 14. szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.  
 15. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

| Lp. | Pytanie  | TAK | NIE | Uwagi |
|-----|--|-----|-----|-------|
| 1.  | Czy pracownicy w Pani/Pana jednostce mają bieżący dostęp do procedur instrukcji i innych regulacji obowiązujących w Domu ? |     |     |       |
| 2.  | Czy w Pani/Pana jednostce istnieją mechanizmy /np. system zastępstw / służący zapewnieniu ciągłości realizacji zadań ?     |     |     |       |
| 3.  | Czy w Pani/Pana jednostce pracownicy zostali   |     |     |       |



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  | zapoznani z mechanizmami służącymi utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych / np. awarii, pożaru /?                                      |   |  |  |
| 4.   | Czy w Pani/Pana jednostce są chronione zasoby / np. dokumentacja, nośniki elektroniczne, telefony komórkowe, laptopy, samochody służbowe / przed dostępem osób nieuprawnionych ? |   |  |  |
| 5.   | Czy operacje finansowe są zatwierdzane przez kierownika jednostki lub osoby upoważnione ?  |   |  |  |
| 6.   | Czy w Pani/Pana jednostce istnieją mechanizmy służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych ?   |   |  |  |
| <p>Po przeprowadzonej analizie obszaru należy dokonać oceny obszaru w skali 1 -5<br/>                 1 – przyjęte rozwiązania są nieadekwatne, nieskuteczne i nieefektywne.<br/>                 2 – faza działań wstępnych wdrażania standardów wskazuje minimalny poziom adekwatności skuteczności i efektywności<br/>                 3 – średni stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br/>                 4 – zaawansowany stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br/>                 5 – przyjęte rozwiązania są adekwatne skuteczne i efektywne, stanowiące przykład najlepszej praktyki</p> |  | <p>Ocena obszaru</p> <p>/ należy wpisać ocenę punktową wg skali podanej obok oraz ewentualne dodatkowe komentarze lub wyjaśnienia /</p> |  |  |

## OBSZAR IV INFORMACJA I KOMUNIKACJA

### Standardy

16. Bieżąca informacja. 17. Komunikacja wewnętrzna. 18. Komunikacja zewnętrzna.

| Lp.  | Pytanie   | TAK   | NIE | Uwagi |
|--|---|---|-----|-------|
| 1.   | Czy Pani /Pan oraz pracownicy mają zapewniony dostęp do bieżących informacji niezbędnych do relacji zadań ?         |   |     |       |
| 2.   | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny [przepływ informacji wewnątrz Domu ?   |   |     |       |
| 3.   | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Domu ? |   |     |       |
| 4.   | Czy system wymiany informacji z podmiotami zewnętrznymi funkcjonuje efektywnie i sprawnie ?                         |   |     |       |
| <p>Po przeprowadzonej analizie obszaru należy dokonać oceny obszaru w skali 1 -5<br/>                 1 – przyjęte rozwiązania są nieadekwatne, nieskuteczne i nieefektywne.<br/>                 2 – faza działań wstępnych wdrażania standardów wskazuje minimalny poziom adekwatności skuteczności i efektywności<br/>                 3 – średni stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br/>                 4 – zaawansowany stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,<br/>                 5 – przyjęte rozwiązania są adekwatne skuteczne i efektywne, stanowiące przykład najlepszej praktyki</p> |   | <p>Ocena obszaru</p> <p>/ należy wpisać ocenę punktową wg skali podanej obok oraz ewentualne dodatkowe komentarze lub wyjaśnienia /</p> |     |       |

## OBSZAR V MONITOROWANIE I OCENA

### Standardy

19. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej. 20. Samoocena. 21. Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

| Lp.  | Pytanie   | TAK  | NIE | Uwagi |
|--|---|--|-----|-------|
| 1.   | Czy w Pani/Pana jednostce prowadzona jest bieżąca ocena funkcjonowania kontroli zarządczej ?  |  |     |       |
| 2.   | Czy w Pani/Pana jednostce prowadzony jest proces monitorowania elementów kontroli zarządczej w celu bieżącego rozwiązywania zidentyfikowanych problemów ? |  |     |       |
| 3.   | Czy w Pani/Pana jednostce pracownicy uczestniczą w procesie usprawniania systemu kontroli zarządczej ?  |  |     |       |
| 4.   | Czy wyniki kontroli wewnętrznej są wykorzystywane w procesie usprawnienia kontroli zarządczej ?   |  |     |       |
| 5.   | Czy Pani/Pana jednostka uczestniczy w procesie składania przez Prezydenta Miasta Lublin oświadczenia o stanie kontroli zarządczej ?                       |  |     |       |
| <p>Po przeprowadzonej analizie obszaru należy dokonać oceny obszaru w skali 1 -5</p> <p>1 – przyjęte rozwiązania są nieadekwatne, nieskuteczne i nieefektywne.</p> <p>2 – faza działań wstępnych wdrażania standardów wskazuje minimalny poziom adekwatności skuteczności i efektywności</p> <p>3 – średni stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,</p> <p>4 – zaawansowany stan wdrażania standardów i poziomów adekwatności, skuteczności i efektywności,</p> <p>5 – przyjęte rozwiązania są adekwatne skuteczne i efektywne, stanowiące przykład najlepszej praktyki</p> |   | <p><u>Ocena obszaru</u></p> <p>/ należy wpisać ocenę punktową wg skali podanej obok oraz ewentualne dodatkowe komentarze lub wyjaśnienia /</p> |     |       |

## REALIZACJA CELÓW KONTROLI ZARZĄDCZEJ

| Lp. | Pytanie   | TAK | NIE | Uwagi |
|-----|---|-----|-----|-------|
| 1.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia zgodność działalności jednostki z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi ? |     |     |       |
| 2.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia skuteczność, efektywność działania ?   |     |     |       |
| 3.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia wiarygodność sprawozdań ?  |     |     |       |
| 4.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia ochronę zasobów ?  |     |     |       |
| 5.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia przestrzeganie i promowanie zasad etycznego postępowania ?                         |     |     |       |
| 6.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia efektywną i skuteczną komunikację wewnętrzną Domu, jak i z klientami Domu ?        |     |     |       |
| 7.  | Czy wdrożona kontrola zarządcza zapewnia zarządzanie ryzykiem ?   |     |     |       |

Kwestionariusz do samooceny kontroli zarządczej – kierownicy komórek organizacyjnych  
 i pracownicy na samodzielnych stanowiskach pracy

| L.p. | PYTANIE   | TAK | NIE | Trudno<br>to<br>ocenić | a) Odniesienie do regulacji: procedur, zasad,<br>przyjętych rozwiązań lub wskazanie innych<br>dowodów potwierdzających odpowiedź <u>TAK</u><br>albo<br>b) uzasadnienie odpowiedzi <u>NIE</u><br>inne UWAGI |
|------|---|-----|-----|------------------------|--|
| 1    | Czy pracownicy są informowani o zasadach etycznego postępowania?  |     |     |                        |  |
| 2    | Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować, w przypadku gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w jednostce?  |     |     |                        |  |
| 3    | Czy bierze Pani/Pan udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?  |     |     |                        |  |
| 4    | Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostały pisemnie ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na poszczególnych stanowiskach pracy (np. zakresy obowiązków, opisy stanowisk pracy)? |     |     |                        |  |
| 5    | Czy dokonuje Pani/Pan okresowej oceny pracy pracowników z Pani/Pana komórki organizacyjnej?   |     |     |                        |  |
| 6    | Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej mają zapewniony w wystarczającym stopniu dostęp do szkoleń niezbędnych na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy?  |     |     |                        |  |
| 7    | Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do skutecznego realizowania przez nich zadań?   |     |     |                        |  |
| 8    | Czy istniejące w jednostce procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?  |     |     |                        |  |
| 9    | Czy struktura organizacyjna Pani/Pana komórki organizacyjnej jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań?  |     |     |                        |  |
| 10   | Czy został określony ogólny cel istnienia jednostki np. w postaci misji (poza statutem lub ustawą powołującą jednostkę)?  |     |     |                        |  |
| 11   | Czy Pani/Pan wyznacza cele do osiągnięcia i zadania do zrealizowania przez pracowników Pani/Pan komórki organizacyjnej w bieżącym roku?   |     |     |                        |  |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 12 | Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan stan zaawansowania realizacji powierzonych pracownikom zadań?  |  |  |  |  |
| 13 | Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje nt. stopnia realizacji powierzonych do wykonania zadań?   |  |  |  |  |
| 14 | Czy Pani/Pana komórce organizacyjnej w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań komórki organizacyjnej (np. poprzez sporządzanie rejestru ryzyka lub innego dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)? (jeśli TAK – proszę przejść do następnych pytań, jeśli NIE proszę przejść do pytania nr ) |  |  |  |  |
| 15 | Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować?   |  |  |  |  |
| 16 | Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej?   |  |  |  |  |
| 17 | Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony sposób radzenia sobie z tym ryzykiem (tzw. reakcja na ryzyko)?  |  |  |  |  |
| 18 | Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej mają bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w jednostce (np. poprzez internet)?   |  |  |  |  |
| 19 | Czy w jednostce zostały zapewnione mechanizmy (procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)? (jeśli NIE proszę opuścić następne pytanie)   |  |  |  |  |
| 20 | Czy pracownicy Pani/Pana komórki organizacyjnej zostali zapoznani z mechanizmami (procedurami) służącymi utrzymaniu działalności na wypadek awarii?   |  |  |  |  |
| 21 | Czy w Pani/Pana komórce organizacyjnej są ustalone zasady zastępstw zapewniających sprawną pracę komórki w przypadku nieobecności poszczególnych pracowników?   |  |  |  |  |
| 22 | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w jednostce?   |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 23 | Czy w jednostce funkcjonuje efektywny system wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami) mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej? |  |  |  |  |
| 24 | Czy Pani/Pana komórka organizacyjna utrzymuje efektywne kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?  |  |  |  |  |
| 25 | Czy pracownicy w Pani/Pana komórce organizacyjnej zostali poinformowani o zasadach obowiązujących w jednostce w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami)?  |  |  |  |  |
| 26 | Czy zachęca Pani/Pan pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji powierzonych im zadań?   |  |  |  |  |
| 27 | Czy praca audytu wewnętrznego przyczynia się, Pani/Pana zdaniem, do lepszego funkcjonowania jednostki   |  |  |  |  |

## **PROCEDURA KONTROLI FUNKCJONALNEJ W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. WIKTORII MICHELISOWEJ W LUBLINIE**

### §1

1. Celem kontroli funkcjonalnej jest badanie prawidłowości realizacji zadań oraz efektywności działania komórek organizacyjnych i pracowników Domu.
2. Do zadań kontroli funkcjonalnej należy w szczególności:
  - 1/ badanie zgodności kontrolowanego postępowania z obowiązującymi przepisami prawa; w szczególności ustawy o finansach publicznych, prawa zamówień publicznych, kodeksu pracy oraz procedurami wewnętrznymi obowiązującymi w Domu;
  - 2/ badanie efektywności działania komórek organizacyjnych i pracowników, wynikających z zakresu działania komórek oraz zakresów czynności, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników;
  - 3/ ustalenie przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości, ustalenie osób odpowiedzialnych za powstanie nieprawidłowości;
  - 4/ wskazanie sposobów i metod umożliwiających likwidację stwierdzonych nieprawidłowości oraz zapobieganie niekorzystnym zjawiskom w działalności Domu
  - 5/ prowadzenie dokumentacji kontroli
  - 6/ nadzorowanie terminowości wykonywania przez komórki organizacyjne Domu wniosków i zaleceń pokontrolnych wynikających z wystąpień pokontrolnych wewnętrznej kontroli i zewnętrznych organów kontroli.

### §2

1. Kontrolę funkcjonalną w zakresie posiadanych uprawnień wykonują osoby kontrolujące tj.: zastępca dyrektora, główny księgowy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz osoby na samodzielnych stanowiskach pracy, na podstawie rocznego planu kontroli lub polecenia dyrektora Domu, określającego zakres i termin kontroli.
2. Postępowanie kontrolne prowadzone jest w siedzibie Domu w miejscu i czasie wykonywania zadań.

### §3

1. W przypadku ujawnienia podczas kontroli funkcjonalnej nieprawidłowości w przebiegu operacji gospodarczych lub realizacji zadań, osoba kontrolująca zobowiązana jest przedsięwziąć w ramach kompetencji niezbędne środki zmierzające do usunięcia wykrytych nieprawidłowości lub gdy nie leży to w jej kompetencjach - zawiadomić niezwłocznie dyrektora Domu lub jego zastępcę
2. W przypadku ujawnienia podczas kontroli nadużycia lub innego czynu mającego znamiona przestępstwa, osoba kontrolująca obowiązana jest powiadomić bezzwłocznie

dyrektora Domu lub jego zastępcę zabezpieczyć dokumenty i przedmioty stanowiące dowód tego czynu.

§4

1. Osoba kontrolująca ustala stan faktyczny na podstawie zebranych w toku postępowania dowodów. Dowodami są w szczególności dokumenty, wyniki oględzin, pisemne wyjaśnienia i oświadczenia oraz opinie biegłych.

§5

1. Wyniki przeprowadzonej kontroli osoba kontrolująca przedstawia w protokole kontroli /załącznik m 2/.
2. Protokół kontroli zawiera w szczególności:
  - a) wskazanie kontrolowanego i kontrolera,
  - b) określenie przedmiotu i zakresu kontroli,
  - c) określenia miejsca i czasu przeprowadzenia kontroli,
  - d) opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.
3. Protokół podpisują osoba kontrolująca i osoba kontrolowana

§6

Protokół sporządza się w trzech egzemplarzach. Jeden otrzymuje dyrektor Domu drugi osoba kontrolowana, trzeci egzemplarz zachowuje kontrolujący w dokumentach kontroli

§7

Po podpisaniu protokołu osoba kontrolująca ma prawo zwołać naradę pokontrolną dla omówienia wyników kontroli.

§8

1. Informacje o wynikach przeprowadzonych kontroli opracowuje osoba kontrolująca zawierając w nich w szczególności, istotne ustalenia kontroli ukazujące skalę stwierdzonych zjawisk, przyczyny ich powstania, zagrożeń jakie wywołują lub mogą wywołać sposobach ich zapobieganiu, uwarunkowań ekonomiczno-organizacyjnych dotyczących tematyki i kontroli.
2. Informacja sporządzana jest raz na pół roku i przedkładana Pełnomocnikowi ds. zarządzania ryzykiem wewnętrznym.

§9

Załączniki do niniejszej procedury stanowią:

1. Wzór protokołu kontroli kasy
2. Wzór protokołu kontroli.

.....  
/ nazwa zakładowej komórki kontroli/

Lublin, dnia.....

**PROTOKÓŁ**  
**Kontroli kasy**

W dniu..... kontrolujący P .....

/ imię, nazwisko i stanowisko /

działając na podstawie upoważnienia do przeprowadzania kontroli nr..... z dnia.....

w obecności kasjera P..... i przy udziale .....

/ imię i nazwisko /  
asystujących/

/ imiona i nazwiska oraz stanowiska osób

dokonał kontroli kasy, w wyniku której stwierdził, co następuje:

1. Gotówka:

a/ rzeczywisty stan gotówki w kasie..... zł

b/ stan gotówki według raportu kasowego nr..... z dnia .....

..... zł

c/ różnica / nadwyżka-niedobór /..... zł

została zapisana w raporcie kasowym nr..... z dnia .....

pod pozycją.....

2. Stan / inne walory / w kasie rzeczywisty.....

ewidencyjny..... różnica.....

3. Stan druków ścisłego zarachowania / rodzaj / w kasie:

ilość rzeczywista ..... ewidencyjna .....

różnica.....

4. Pogotowie kasowe, ustalone przez..... pismem z dnia .....

wynosi .....

5. Kasjer złożył deklarację o odpowiedzialności materialnej za powierzoną mu gotówkę i inne walory.

6. Ostatnią kontrolę kasy przeprowadził P.....

/ imię, nazwisko i stanowisko służbowe /

w dniu .....

7. Stan zabezpieczenia pomieszczenia kasy nie budzi zastrzeżeń

- budzi następujące zastrzeżenia:.....

Na okoliczność stwierdzonych różnic osoba materialnie odpowiedzialna złożyła wyjaśnienia zawarte w załączniku do niniejszego protokołu. Do złożonego wyjaśnienia kontrolujący zgłasza następujące uwagi / nie zgłasza uwag / .....

Protokół niniejszy sporządzono w .....jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.

.....  
/ podpis kasjera /

.....  
/ podpisy osób asystujących /

.....  
/podpis osoby kontrolującej/



.....  
/ nazwa zakładowej komórki kontroli/

Lublin, dnia .....

## PROTOKÓŁ

Kontroli przeprowadzonej w .....

..... / nazwa kontrolowanej jednostki /  
w okresie od ..... do ..... /z przerwami od .....

do ..... przez P .....

..... / imię, nazwisko i stanowisko /  
działającego na podstawie upoważnienia do przeprowadzania kontroli nr .....

z dnia .....

Przedmiotem kontroli były zagadnienia .....

.....  
badane za okres .....

Na podstawie danych wynikających z przedłożonych kontrolującemu

.....  
/ podać dokumenty, na których oparto badania i sposób badania pełny wrywkowy /  
oraz informacji / wyjaśnień, oświadczeń / na badany temat, złożonych kontrolującemu  
przez P .....

.....  
/ imiona, nazwiska oraz stanowiska składających poszczególne informacje, wyjaśnienia lub oświadczenia  
ustalono co następuje:

.....  
/ omówienie wyników badania poszczególnych zagadnień w/g kolejności ustalonej w tematyce kontroli /  
Do protokołu dołącza się -stanowiące jako integralną część -następujące załączniki

.....  
/ wymienić również ewentualne protokoły dodatkowe, ekspertyzy, dowody itp./

.....  
Protokół niniejszy sporządzono w ..... jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu  
podpisano. Jeden egzemplarz protokołu pozostawiono w kontrolowanej komórce, wręczając  
go kierownikowi.

.....  
/ podpis osoby kontrolowanej /

.....  
/ podpis osoby kontrolującej /