

**Zarządzenie nr 36/2017**  
**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu**  
**z dnia 22.09.2017 r.**  
**w sprawie zmiany kwestionariuszy Samooceny systemu kontroli zarządczej**

Na podstawie §7 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej zarządzam co następuje:

§1

1. Załącznik nr 1 do wytycznych do przeprowadzenia samokontroli kontroli zarządczej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu stanowiących Załącznik nr 10 do zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu wprowadzonych Zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu Nr 20/2015 z dnia 14.10.2015 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz wprowadzenia procedury zarządzania ryzykiem w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu otrzymuje brzmienie jak w Załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia.
2. Załącznik nr 2 do wytycznych do przeprowadzenia samokontroli kontroli zarządczej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu stanowiących Załącznik nr 10 do zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu wprowadzonych Zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu Nr 20/2015 z dnia 14.10.2015 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz wprowadzenia procedury zarządzania ryzykiem w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu otrzymuje brzmienie jak w Załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Niniejsze zarządzenie obowiązuje z dniem podjęcia i podlega publikacji na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie – Koźlu.

DYREKTOR  
Miejskiego Ośrodka Pomocy  
Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu

Danuta Ceglarek

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

.....  
Pieczęć nagłówkowa MOPS

## KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY KONTROLI ZARZĄDCZEJ ZA ..... rok

- KIEROWNICY DZIAŁÓW/OSOBY ZATRUDNIONE NA SAMODZIELNYCH STANOWISKACH

Formularz został opracowany celem uzyskania od Państwa szczerzej i bezstronnej informacji zwrotnej, niezbędnej do dokonania oceny funkcjonowania procesów w obszarze działania Pani/Pana działu/stanowiska. Pytania zostały podzielone w tabeli, według obszarów systemu kontroli zarządczej (ujętych w pkt. I-XVI).

UWAGA:

Pytania odnoszą się zarówno do kierowników jak i osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach. W przypadku, gdy dane pytanie nie dotyczy Pani/Pana działu lub stanowiska pracy należy wpisać „NIE DOTYCZY”.

Miejsca zaznaczone kolorem ciemniejszym oznaczają że odpowiedź „NIE WIEM” nie jest dopuszczana przy tych pytaniach (należy odpowiednio udzielić odpowiedzi „TAK” lub „NIE”).

Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć znakiem „X”. Kwestionariusz można również wypełnić i wydrukować za pomocą komputera.

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM	1. ODNIESIENIE DO REGULACJI, ZASAD, PRZYJĘTYCH ROZWIĄZAŃ 2. UZASADNIENIE ODPOWIEDZI „NIE” 3. UWAGI I PROPOZYCJE
<b>A. ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE:</b>					
<b>I. PRZESTRZEGANIE WARTOŚCI ETYCZNYCH:</b>					
1	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale są informowani o zasadach etycznego postępowania?				
2	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale przestrzegają przyjętych w MOPS wartości etycznych przy wykonywaniu powierzonych im zadań?				
3	Czy Pani/Pana zdaniem Dyrektor Ośrodka przestrzega i promuje własną postawą i decyzjami etyczne postępowanie?				
4	Czy Pani/Pan przestrzega przyjętych w MOPS wartości etycznych przy wykonywaniu powierzonych zadań?				
5	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować, w przypadku gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w MOPS?				
<b>II. KOMPETENCJE ZAWODOWE:</b>					
6	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do skutecznego realizowania przez nich zadań?				
7	Czy Pani/Pana zdaniem istniejące w MOPS procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?				

8	Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?				
9	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale mają zapewniony w wystarczającym stopniu dostęp do szkoleń niezbędnych na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy?				
10	Czy w Pani/Pana dziale zostały pisemnie ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na poszczególnych stanowiskach pracy (np. zakresy obowiązków, opisy stanowisk pracy)?				
11	Czy pracownicy zostali zapoznani z kryteriami, za pomocą których dokonuje Pani/Pan oceny wykonywania przez nich zadań? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku dokonywania okresowej oceny pracowników, w innym przypadku należy wpisać „nie dotyczy”</i>				
12	Czy Pan/Pani został/a zapoznany/a z kryteriami, za pomocą których Pana/Pani przełożony dokonuje oceny wykonywania przez Pana/Panią zadań? - <i>należy odpowiedzieć w przypadku, gdy respondent jest oceniany, w innym przypadku należy wpisać „nie dotyczy”</i>				
<b>III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA:</b>					
13	Czy struktura organizacyjna Ośrodka jest dostosowana do aktualnych jego celów i zadań?				
14	Czy zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności pracowników Pana/Pani działy jest określony w formie pisemnej, jest spójny oraz aktualny?				
15	Czy Pani/Pana zdaniem w Pana/Pani dziale jest odpowiednia liczba pracowników, w odniesieniu do celów i zadań działu?				
16	Czy przekazanie zadań i obowiązków (zakres dodatkowych czynności) pracownikom w Pani/Pana dziale następuje zawsze w drodze pisemnej?				
<b>IV. DELEGOWANIE UPRAWNIENI:</b>					
17	Czy precyzyjnie określono zakres uprawnień delegowanych poszczególnym osobom w Pani/Pana dziale? ( <i>w przypadku braku sytuacji przekazania pracownikom delegowanych uprawnień, należy wpisać „nie dotyczy”</i> )				
18	Czy zakres delegowanych uprawnień w Pani/Pana dziale jest odpowiedni do podejmowanych decyzji, stopnia skomplikowania ryzyka z nimi związanego? ( <i>w przypadku braku delegowania uprawnień przez Panią/Pana w dziale należy wpisać „nie dotyczy”</i> )				
19	Czy przyjęcie przez delegowanych uprawnień jest potwierdzone podpisem? ( <i>w przypadku braku delegowania/delegowanych uprawnień, należy wpisać „nie dotyczy”</i> )				
<b>B. CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM:</b>					
<b>V. MISJA:</b>					
20	Czy Pani/Pana zdaniem został określony ogólny cel istnienia MOPS w postaci krótkiego i syntetycznego opisu misji np. w <i>Regulaminie Organizacyjnym</i> Ośrodka?				
<b>VI. OKREŚLANIE CELÓW I ZADAŃ, MONITOROWANIE I OCENIANIE ICH REALIZACJI:</b>					
21	Czy wyznacza Pani/Pan cele do osiągnięcia oraz zadania do zrealizowania dla Pani/Pana działu/stanowiska w bieżącym roku?				

22	Czy cele i zadania określone przez Panią/Pana dla podległego działu/zajmowanego stanowiska na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele/zadania zostały zrealizowane?				
23	Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan stan zaawansowania realizacji określonych zadań dla swojego działu/stanowiska?				
24	Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje nt. stopnia realizacji powierzonych do wykonania Pani/Panu zadań?				
<b>VII. IDENTYFIKACJA RYZYKA, ANALIZA RYZYKA, REAKCJA NA RYZYKO:</b>					
25	Czy w Pani/Pana dziale/na stanowisku – nie rzadziej niż raz w roku - w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań działu (np. poprzez sporządzanie dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)?				
26	Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie powyżej brzmi TAK</i>				
27	Czy zidentyfikowane ryzyka poddaje się analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 25 brzmi TAK</i>				
28	Czy określono w MOPS akceptowany poziom ryzyka? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 25 brzmi TAK</i>				
29	Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony rodzaj reakcji na ryzyko (Tolerowanie, Przeniesienie, Unikanie, Ograniczenie)? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 25 brzmi TAK</i>				
<b>C. MECHANIZMY KONTROLI:</b>					
<b>VIII. DOKUMENTOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ:</b>					
30	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale mają bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w MOPS?				
31	Czy Pan/Pani procedury/instrukcje obowiązujące w MOPS, niezbędne do realizacji wykonywanych przez Pana/Panią obowiązków służbowych są dla Pani/Pana zrozumiałe?				
<b>IX. NADZÓR:</b>					
32	Czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zadań w Pani/Pana dziale/na stanowisku w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji?				
33	Czy kontrole przeprowadzane w MOPS (wewnętrzne oraz zewnętrzne) przyczyniają się, Pani/Pana zdaniem, do lepszego funkcjonowania Ośrodka?				
<b>X. CIĄGŁOŚĆ DZIAŁALNOŚCI:</b>					
34	Czy w MOPS zostały zapewnione mechanizmy (procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi)?				
35	Czy pracownicy Pani/Pana działu zostali zapoznani z mechanizmami (procedurami) służącymi utrzymaniu działalności na wypadek awarii?				

36	Czy w przypadku nieobecności są ustalone zasady zastępstw zapewniających sprawną pracę Pani/Pana działu/stanowiska?				
<b>XI. OCHRONA ZASOBÓW:</b>					
37	Czy zadbano, aby dostęp do zasobów Ośrodka (informacji – pism, akt, itd, mienia, w tym sprzętu, pomieszczeń, gotówki itp.) w Pani/Pana dziale/na stanowisku miały wyłącznie upoważnione osoby?				
<b>XII. MECHANIZMY KONTROLI DOT SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH:</b>					
38	Czy określono w Ośrodku mechanizmy kontroli służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych? <i>(dot. stanowisk używających komputerów/laptopów do wykonywania obowiązków służbowych - pozostali pracownicy wpisują „nie dotyczy”)</i>				
<b>D. INFORMACJA I KOMUNIKACJA:</b>					
<b>XIII. KOMUNIKACJA WEWNĘTRZNA:</b>					
39	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Pani/Pana działu?				
40	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi działami/samodzielnymi stanowiskami w MOPS?				
41	Czy Pana/Pani zdaniem Pani/Pana przełożony zapewnia Panu/Pani spójne i rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań?				
<b>XIV. KOMUNIKACJA ZEWNĘTRZNA:</b>					
42	Czy Pani/Pana dział/samodzielne stanowisko utrzymuje efektywne kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację Pani/Pana zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami)?				
43	Czy pracownicy w Pani/Pana dziale zostali poinformowani o zasadach obowiązujących w MOPS w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi (np. z innymi urzędami, klientami, wnioskodawcami, dostawcami, oferentami)?				
44	Czy zachęca Pani/Pan pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji powierzonych im zadań?				
<b>E. MONITOROWANIE I OCENA:</b>					
<b>XV. MONITOROWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ:</b>					
45	Czy skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej jest przez Panią/Pana na bieżąco monitorowana (na formularzu bieżącego monitorowania systemu kontroli zarządczej), co umożliwia bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów w Pana/Pani dziale/ na stanowisku?				
<b>XVI. SAMOOCENA:</b>					
46	Czy co najmniej raz w roku przeprowadza się w Ośrodku samoocenę kontroli zarządczej?				

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

.....  
Pieczęć nagłówkowa MOPS

## KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY KONTROLI ZARZĄDCZEJ ZA ..... rok W DZIALE

.....  
- PRACOWNICY DZIAŁU

Formularz został opracowany celem uzyskania od Państwa szczerzej i bezstronnej informacji zwrotnej, niezbędnej do dokonania oceny funkcjonowania procesów w obszarze działania Pani/Pana działu/stanowiska pracy. Pytania zostały podzielone w tabeli według obszarów systemu kontroli zarządczej (ujętych w pkt I-XVI).

**UWAGA:**

W przypadku, gdy dane pytanie nie dotyczy Pani/Pana działu lub stanowiska pracy należy wpisać „NIE DOTYCZY”.

Miejsca zaznaczone kolorem ciemniejszym oznaczają że odpowiedź „NIE WIEM” nie jest dopuszczana przy tych pytaniach (należy odpowiednio udzielić odpowiedzi „TAK” lub „NIE”).

Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć znakiem „X”. Kwestionariusz można również wypełnić i wydrukować za pomocą komputera.

Lp.	PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM	1. ODNIESIENIE DO REGULACJI, ZASAD, PRZYJĘTYCH ROZWIĄZAŃ 2. UZASADNIENIE ODPOWIEDZI „NIE” 3. UWAGI I PROPOZYCJE
<b>A. ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE:</b>					
<b>I. PRZESTRZEGANIE WARTOŚCI ETYCZNYCH:</b>					
1	Czy Pani/Pan wie jakie zachowania pracowników uznawane są w MOPS za nieetyczne?				
2	Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować w przypadku, gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w MOPS?				
3	Czy Pani/Pana zdaniem osoby na stanowiskach kierowniczych w Ośrodku przestrzegają i promują własną postawą oraz podejmowanymi decyzjami, etyczne postępowanie?				
4	Czy Pani/Pana zdaniem Pani/Pana kierownik przestrzega i promuje własną postawą oraz podejmowanymi decyzjami etyczne postępowanie?				
5	Czy Pani/Pana zdaniem Dyrektor Ośrodka przestrzega i promuje własną postawą oraz podejmowanymi decyzjami etyczne postępowanie?				
6	Czy Pani/Pan przestrzega przyjętych w MOPS wartości etycznych przy wykonywaniu powierzonych zadań?				
<b>II. KOMPETENCJE ZAWODOWE:</b>					
7	Czy Pani/Pana zdaniem istniejące w MOPS procedury zatrudniania prowadzą do zatrudniania osób, które posiadają pożądane na danym stanowisku pracy wiedzę i umiejętności?				
8	Czy bierze Pan/Pani udział w szkoleniach w				

	wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania?				
9	Czy w Pani/Pana dziale zostały pisemnie ustalone wymagania (przez Pani/Pana kierownika) w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania przez Pana/Panią zadań (np. zakresy obowiązków, opisy stanowisk pracy)?				
10	Czy został Pan/Pani zapoznany/a z kryteriami, za pomocą których Pana/Pani kierownik dokonuje oceny wykonywania przez Pana/Panią zadań? <i>(dotyczy pracowników zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych - pozostali pracownicy wpisują „nie dotyczy”)</i>				
<b>III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA:</b>					
11	Czy Pani/Pana zdaniem struktura organizacyjna Pani/Pana działu jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań?				
12	Czy określony dla Pana/Pani zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jest określony w formie pisemnej?				
13	Czy Pani/Pana zdaniem w Pani/Pana dziale zatrudniona jest odpowiednia liczba pracowników w odniesieniu do realizowanych celów i zadań działu?				
14	Czy przekazanie zadań i obowiązków (zakres dodatkowych czynności) Panu/Pani nastąpiło/następuje zawsze w drodze pisemnej? <i>(jeżeli nie otrzymał/a Pan/Pani dodatkowych czynności należy wpisać „nie dotyczy”)</i>				
<b>IV. DELEGOWANIE UPRAWNIENI:</b>					
15	Czy Pani/Pana zdaniem precyzyjnie określono zakres delegowanych Panu/Pani uprawnień? <i>(w przypadku nie otrzymania delegowanych uprawnień, należy wpisać „nie dotyczy”)</i>				
16	Czy Pani/Pana zdaniem zakres delegowanych Pani/Panu uprawnień jest odpowiedni do podejmowanych decyzji, stopnia skomplikowania ryzyka z nimi związanego? <i>(w przypadku nie otrzymania delegowanych uprawnień, należy wpisać „nie dotyczy”)</i>				
17	Czy przyjęcie przez Panią/Pana delegowanych uprawnień jest potwierdzone podpisem? <i>(w przypadku nie otrzymania delegowanych uprawnień, należy wpisać „nie dotyczy”)</i>				
<b>B. CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM:</b>					
<b>V. MISJA:</b>					
18	Czy Pani/Pana zdaniem został określony ogólny cel istnienia MOPS w postaci krótkiego i syntetycznego opisu misji np. w <i>Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka?</i>				
<b>VI. OKREŚLANIE CELÓW I ZADAŃ, MONITOROWANIE I OCENIANIE ICH REALIZACJI:</b>					
19	Czy w Pani/Pana dziale zostały określone przez Pani/Pana kierownika cele i zadania co najmniej w rocznej perspektywie?				
20	Czy określone cele i zadania w Pani/Pana dziale dotyczą wykonywanych przez Pana/Panią zadań w ramach Pani/Pana zakresu czynności? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie powyżej brzmi TAK</i>				

21	Czy cele i zadania w Pani/Pana dziale na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 19 brzmi TAK</i>				
22	Czy na bieżąco kierownik Pana/Pani działu monitoruje stan zaawansowania realizacji powierzonych Panu/Pani zadań? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 19 brzmi TAK</i>				
23	Czy przygotowuje Pani/Pan okresowe informacje nt. stopnia realizacji powierzonych Pani/Panu do wykonania zadań? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 19 brzmi TAK</i>				
<b>VII. IDENTYFIKACJA RYZYKA, ANALIZA RYZYKA, REAKCJA NA RYZYKO:</b>					
24	Czy w Pani/Pana dziale – nie rzadziej niż raz w roku - w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań działu (np. poprzez sporządzenie dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)?				
25	Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie powyżej brzmi TAK</i>				
26	Czy zidentyfikowane ryzyka poddaje się analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 24 brzmi TAK</i>				
27	Czy określono w MOPS akceptowany poziom ryzyka? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 24 brzmi TAK</i>				
28	Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony rodzaj reakcji na ryzyko (Tolerowanie, Przeniesienie, Unikanie, Ograniczenie)? - <i>należy odpowiedzieć tylko w przypadku, gdy odpowiedź na pytanie nr 24 brzmi TAK</i>				
<b>C. MECHANIZMY KONTROLI:</b>					
<b>VIII. DOKUMENTOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ:</b>					
29	Czy Pan/Pani ma bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w MOPS, niezbędnych do realizacji wykonywanych przez Pana/Panią obowiązków służbowych?				
30	Czy Pan/Pani procedury/instrukcje obowiązujące w MOPS, niezbędne do realizacji wykonywanych przez Pana/Panią obowiązków służbowych są dla Pani/Pana zrozumiałe?				
<b>IX. NADZÓR:</b>					
31	Czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem przez Panią/Pana zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji?				
32	Czy kontrole przeprowadzane w MOPS (wewnętrzne oraz zewnętrzne) przyczyniają się, Pani/Pana zdaniem, do lepszego funkcjonowania Ośrodka?				
<b>X. CIĄGŁOŚĆ DZIAŁALNOŚCI:</b>					
33	Czy w MOPS zostały zapewnione mechanizmy				



	(procedury) służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi)?				
34	Czy została Pani/Pan zapoznana/y z mechanizmami (procedurami) służącymi utrzymaniu działalności na wypadek awarii?				
35	Czy w przypadku Pani/Pana nieobecności są ustalone zasady zastępstw zapewniających sprawną pracę Pani/Pana stanowiska?				
<b>XI. OCHRONA ZASOBÓW:</b>					
36	Czy zadbano, aby dostęp do zasobów Ośrodka (informacji – pism, akt itd, mienia, w tym sprzętu, pomieszczeń, gotówki itp.) w Pani/Pana dziale był ograniczony tylko i wyłącznie dla osób upoważnionych?				
<b>XII. MECHANIZMY KONTROLI DOT SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH:</b>					
37	Czy określono mechanizmy kontroli służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych w Pana/Pani dziale? <i>(dot. stanowisk używających komputerów/laptopów do wykonywania obowiązków służbowych - pozostali pracownicy wpisują „nie dotyczy”)</i>				
<b>D. INFORMACJA I KOMUNIKACJA:</b>					
<b>XIII. KOMUNIKACJA WEWNĘTRZNA:</b>					
38	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji wewnątrz Pani/Pana działu?				
39	Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi działami/samodzielnymi stanowiskami w MOPS?				
40	Czy Pana/Pani zdaniem Pani/Pana kierownik zapewnia Panu/Pani spójne i rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań?				
<b>XIV. KOMUNIKACJA ZEWNĘTRZNA:</b>					
41	Czy Pani/Pan utrzymuje efektywne kontakty z podmiotami zewnętrznymi, które mają wpływ na realizację jej zadań (np. z innymi urzędami, dostawcami, klientami, itp)?				
42	Czy jest Pan/Pani poinformowana o zasadach obowiązujących w MOPS w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami, klientami itp)?				
43	Czy Pani/Pana kierownik zachęca Pana/Panią do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji powierzonych zadań?				
<b>E. MONITOROWANIE I OCENA:</b>					
<b>XV. MONITOROWANIE SYSTEMU KONTROLI ZARZĄDCZEJ:</b>					
44	Czy Pani/Pana zdaniem skuteczność poszczególnych elementów systemu kontroli zarządczej jest monitorowana przez Pani/Pana kierownika (na formularzu bieżącego monitorowania systemu kontroli zarządczej), co umożliwi bieżące rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów w Pani/Pana dziale?				
<b>XVI. SAMOOCENA:</b>					
45	Czy co najmniej raz w roku przeprowadza się w Ośrodku samoocenę kontroli zarządczej?				