



Domovy sociálních služeb Litvínov
příspěvková organizace
Zátiší 177

435 42 Litvínov-Janov

☎ 476 742 030 📱 608 117 204, e-mail: dss@dsslitvinov.cz
detašované pracoviště Křížatecká čp.16 Litvínov ☎ 476 742 042

Poskytovaná sociální služba: Domov pro seniory

Standard č. 3 AAK – Informace pro zájemce o službu

Informace pro zájemce Domova pro seniory v alternativní a augmentativní komunikaci

**Poskytovatel:
Domovy sociálních služeb
Litvínov, p. o.
Se sídlem:
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov**



**Druh služby: Domov pro seniory dle § 49
Forma: pobytová 24 hodin**

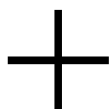
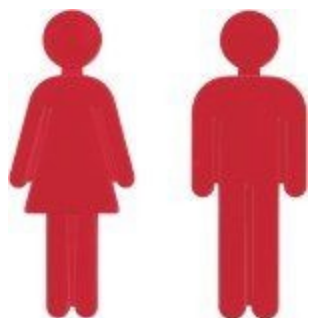


**Místo poskytnutí služby
Křížatecká 16, Litvínov - Janov, PSČ: 435 42**



Celkem 117 klientů muži a ženy od 65 let

Muži a ženy, kteří dovršili věku 65 let a v důsledku svého zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, či jiné nepříznivé sociální situace vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.



⇒ STOP



Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:

(osobám s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence) nebo se závislostí na návykových látkách a osobám, které jsou agresivní vůči sobě a svému okolí.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo by její chování z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Cíle a poslání Domova pro seniory:

Posláním Domova pro seniory je poskytovat pobytové sociální služby a péči seniorům, kteří vzhledem ke své snížené soběstačnosti zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, si nemohou zajišťovat potřeby ve svém vlastním domácím prostředí. Individuálním přístupem zajistit seniorům přiměřenou míru podpory, udržení sociálních kontaktů, prožít aktivní a důstojné stáří.

Individuální přístup



- **Udržení kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky**



Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- **poskytnutí ubytování**

85 x 1 lůžkový pokoj



16 x 2 lůžkový pokoj



- poskytnutí stravy



snídaně



svačina



oběd



svačina



večeře

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu



- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu



- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím



- **Společenské prostředí**



- **sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti**



- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů při obstarávání osobních záležitostí**



- **zajištění zdravotní péče prostřednictvím zdravotnického zařízení**



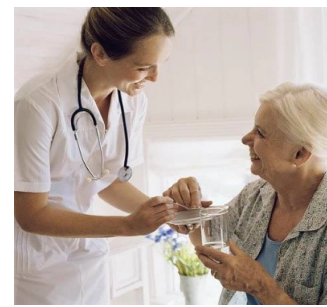
- **zajištění ošetrovatelské péče prostřednictvím zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání**



- **Základní cíle**



- Podpora k zachování popř. rozvíjení činností uživatele z běžného života.



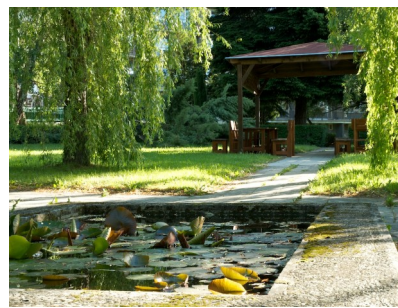
- Podpora svobodného vyjadřování vlastních názorů a rozhodování o své osobě – uplatnění vlastní vůle a rozhodování uživatele.



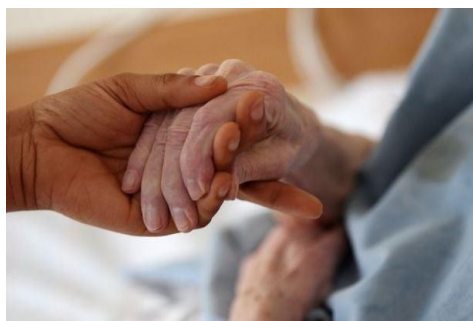
- Vytvoření podmínek pro aktivní trávení volného času s ohledem na zdravotní stav uživatele.

+

- Vytvoření podmínek pro uspokojení základních (bio-psycho sociálních) potřeb uživatelů – jedná se především o potřeby tělesné, duševní, potřebu lásky, společnosti, komunikace, klidu, pohody, uznání, respektu, seberealizace.



- Podpora kontaktů uživatele s ostatními uživateli domova, rodinou, přáteli.



1. návštěva v Domově - Předání žádosti



Domovy sociálních služeb Litvínov
Záhří 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dsslitvinov.cz
tel: 476 742 042

Datum podání žádosti:

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov pro seniory

Žadatel:	.....	
	příjmení	rozená	jméno
Narozen:	.....	
	den,měsíc,rok	místo	okres
Bydliště:	.....		telefon:
	.....		email:
Sítní příslušnost:	.....	
Rodinný stav: /* Hodiči se označte			
svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem/družkou, registrované partnerství			
Důvod umístění v Domově pro seniory:			
.....			
Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)			
.....			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: /* Hodiči se, označte			
CO NEJDRŮVĚ <input type="checkbox"/> POZDĚJI - KDY: <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Od 1 - 6 měsíců <input type="checkbox"/> Od 6 měsíců - 1 rok <input type="checkbox"/> Za 1 rok či více let			
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti			
.....			
(rozhodnutí soudu v ze dne ěj)			
Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:			
Jméno:	vztah k žadateli:		
Adresa:	.....	
Telefon:	.....	
Email:	.....	

Prohlášení žadatele (opatrovníka):

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb. O ochraně a zpracování osobních údajů v platném znění souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby evidence DSS Litvínov a to po dobu evidence zájemce o službu, pobytu v zařízení a po dobu nezbytnou po jeho skončení.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že nejpozději do 15 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Vlastnoruční podpis žadatele
(opatrovníka)

V:..... Dne:.....

Přílohy k žádosti:

Vyjádření ošetřujícího lékaře
Kopie posledních nálezů a lékařských zpráv od odborných lékařů
Kopie propouštěcích zpráv, předběžných propouštěcích zpráv ze zdravotnických zařízení
Kopie certifikátu o očkování (COVID -19)
Kopie Rozsudku o omezení ve svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka *
(*Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vyplňuje poskytovatel DSS Litvínov:

Žádost o umístění do Domova pro seniory přijata:

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o přijetí do Domova pro seniory:

Datum nástupu:.....

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů Domova pro seniory:

Žadatel byl přijat do pořadníku čekatelů dne:

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:

Potřebné doklady:

- vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele

DSS Domovy sociálních služeb Litvínov
Příspěvková organizace
Záněti 177, 435 42 Litvínov - Janov

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do DSS Litvínov

Žadatel
Příjmení (u žen též rodné) a jméno

Datum a místo narození

Adresa trvalého pobytu, PSČ, obec

Zdravatní pojistkovna žadatele ZP:

Praktický lékař žadatele

MUDr.
Adresa:
Telefon:

Trpí akutní infekční chorobou	ANO	NE	
Je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	ANO	NE	
Je upoután na lůžko	ANO	NE	PŘEVÁŽNĚ
Je schopen seobsluhy	ANO	NE	ČÁSTEČNĚ
Dispensarizace:	ANO	NE	OBČAS

Dispensarizace:

- Plícní
- Diabetologie
- Oční
- Psychiatrie
- Neurologie
- Interna
- Ortopedie
- Chirurgie
- Hematologie
- Alkoholicko-toxikologická poradna
- Jiné:

Očkování žadatele	Datum očkování		
COVID - 19 (rozepnat data dávek)	1. dávka:	2. dávka:	3. posilující dávka:
TETANUS	Dati očkování:		
PNEUMONIE	.....	
CHŘÍPKA	.....	

Diagnózy žadatele (vypíšte):

Číslo/kód diagnózy	Název diagnózy

Žadatel trpí těmito chorobami

	ANO	NE
Tuberkulóza		
Psychóza a psychické poruchy		
Chronický alkoholismus		
Toxikomanie		
Infekční choroby		

Je žadatel orientován v oblastech

Místem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Časem			
Osobou			
Situací			

Používá žadatel kompenzační pomůcky ANO NE

Pokud ano, tak jaké: př.: (hole, berle, chodítko, invalidní vozík, naslouchátko aj.)

Inkontinence – trpí žadatel inkontinencí

	ANO	NE
Pokud ANO označte stupeň		
MOČ	I. II. III.	
STOLICE	I. II. III.	

Druh diety žadatele

- Normální
- Žlučnková
- Diabetická
- Warfarinová

Jiné:

Trpí žadatel poruchou komunikace?

	ANO	NE

Je žadatel schopný života v kolektivním zařízení?

	ANO	NE

Žadatel je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy?

	ANO	NE

Je žadatel schopen podpisu smlouvy?

	ANO	NE

Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro obecní úřad nebo obce s rozšířenou působností, který bude za klienta podle § 91, odst. 6, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb uzavírat.

Doporučuji nabízený druh služby:

Domov pro seniory

Cílovou skupinou této služby jsou: Muži a ženy, kteří dovršili věku 65 let a v důsledku svého zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, či jiné nepříznivé sociální situace vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme: osobám s chronickým duševním onemocněním (např. schizofrenie, epytická demence, Alzheimerova nemoc a jiné typy demence) nebo se závislosti na návykových látkách a osobám, které jsou agresivní vůči sobě a světu okolí.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo by její chování z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí a ostatními typy demence.

Muži a ženy, u kterých byla stanovena diagnóza Alzheimerova nemoc nebo jiný typ demence od 55 let věku, kteří v důsledku svého zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme: osobám závislým na návykových látkách a s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, epytická demence).

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.

V.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Dne.....

- **dotazník tělesných a smyslových schopností žadatele a monitoring denních činností**

DSS Příloha k žádosti do Domovů sociálních služeb Litvínov

Dotazník tělesných, smyslových schopností a denních činností žadatele

Jméno a příjmení hodnoceného			
Orientace *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Místem	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Časem	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Osebou	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Situací	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Mobilita horních končetin *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Plná funkce obou horních končetin	Omezená funkce obou horních končetin	Omezená funkce levé horní končetiny	Omezená funkce pravé horní končetiny
Mobilita dolních končetin *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Plná funkce obou dolních končetin	Omezená funkce obou dolních končetin	Omezená funkce levé dolní končetiny	Omezená funkce pravé dolní končetiny
Zrak *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Bez potíží	Břýle na čtení	Břýle na dálku	Zhoršené vidění až nevidomost
Sluch *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Bez potíží	Zhoršený sluch	Použití naslouchadla	Neslyšící
Stav pokožky *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Bez potíží	Vysušená	Kožní defekty (bércové vředy, dekubity)	Kožní onemocnění
Spánek *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Klidný	Přerušované spání	Během dne	Užívání léků na spání
Oblekání, svlékání *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Osební hygiena *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Příjem stravy a tekutin *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc
Inkontinence *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Kontinence	Močová inkontinence	Celková inkontinence	Močový kateř
Dutina ústní *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Pevný chrup	Bez chrupu a protéz	Horní protéza	Dolní protéza
Hodnocení provedl		(př. rodinný příslušník, sňádek jiný):	
Dotazovaný sám ANO/NE, pokud NE napište kdo			
Datum hodnocení			

DSS Příloha k žádosti do Domovů sociálních služeb Litvínov

Monitoring denních činností žadatele

Jméno a příjmení žadatele			
V kolik hodin ráno vstáváte a večer chodíte spát?			
Ráno:		Večer:	
Jaké máte ranní rituály?			
Docházíte na WC? *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	Toollemi křeslo	Močová lahev (muži)	Inkontinenční pomůcky
Ranní, večerní hygiena *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	dohled	s pomocí	úplná pomoc
Jaké preferujete oblečení?			
Koupání *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
samostatně	dohled	s pomocí	úplná pomoc
Jakou tělovou kosmetiku (mýdlo, sprchový gel, šampon, krémy aj.) preferujete?			
Jaké jídlo a pítí máte a nemáte rád?			
Rád:		Nerád:	
Jakou formu stravy máte? *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
celá	krájená	mletá	mixovaná
Jak spíte, chodíte v noci na WC a jak často?			
Vaše zájmy, záliby, koníčky, které vykonáváte v průběhu běžného dne			
Z čeho máte radost a naopak co Vám způsobuje smutek			
Radost:		Smutek:	
Co očekáváte od personálu domova pro seniory			
Zpracoval (př. rodinný příslušník, sňádek jiný - konkrétně):			

- **rozsudek o omezení ve svéprávnosti (je-li žadatel omezen) a Ustanovení o opatrovníkovi**



- občanský průkaz = pro ověření totožnosti žadatele



Postup v případě, kdy bude žádosti vyhověno:



Sociální šetření



U Vás doma




Nebo ve zdravotnickém zařízení



V případě naplnění kapacity našeho zařízení, bude Vaše žádost zařazena do **pořadníku čekatelů**

ANO +


Domovy sociálních služeb Litvínov
 Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dsslitvov.cz
 tel: 476 742 042

Datum podání žádosti: _____

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO
 DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV**

Žádám o poskytnutí pobytové služby:


Domov pro seniory			
Žadatel:	příjmení	rozená	jméno
Narozen:	den, měsíc, rok	místo	okres
Bydlí ve:	telefon:	email:	
Státní příslušnost:			
Rodinný stav: * / Hledici se označte			
svobodný(á), ženatý, vdáná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem/družkou, registrovaný partnerství			
Důvod umístění v Domově pro seniory:			
Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * / Hledici se, označte			
CO NEJDŘÍVE POZDĚN - KDY: <input type="checkbox"/> Od 1 - 6 měsíců <input type="checkbox"/> Od 6 měsíců - 1 rok <input type="checkbox"/> Za 1 rok či více let			
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svépřítomnosti			
(rozhodnutí soudu v ze dne ř. j.)			
Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:			
Jméno:	vztah k žadateli:		
Adresa:			
Telefon:			
Email:			



V případě kladného vyřízení žádosti nebo uvolnění místa, budete písemnou (v případě uvedení telefonního kontaktu v žádosti je možno i telefonickou) formou obeznámeni o možnosti nastoupit do našeho zařízení a bude Vám navrhnout **termín nástupu**. V den nástupu s Vámi sepiše sociální pracovnice **Smlouvu o poskytnutí sociální služby (přdat vzor v AAK)**

Postup v případě, kdy bude žádost zamítnuta:

STOP

 **Domovy sociálních služeb Litvínov**
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dslitvino.cz
tel: 476 742 042

Datum podání žádosti: _____

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO
DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV**

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov pro seniory			
Žadatel:	příjmení	rozená	jméno
Narozen:	den, měsíc, rok	místo	okres
Bydliště:		telefon:	
		email:	
Státní příslušnost:			
Rodinný stav: * / Hodici se označte (vvdovělý(á), ženatý, vdána, rozvedený(á), ovdovělý(á), Ehe + druhem útlukou, registrované partnerství)			
Děvod umístění v Domově pro seniory:			
Jaké služby žadatel potřebuje? (příjím, očekávání)			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * / Hodici se, označte <input type="checkbox"/> Od 1 - 6 měsíců <input type="checkbox"/> CO NEJDŘÍVE POZDĚNÍ - KDY: <input type="checkbox"/> Od 6 měsíců - 1 rok <input type="checkbox"/> Za 1 rok či více let			
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti			
(rozhodnutí soudu v ze dne č. j.)			
Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:			
Jméno:	vztah k žadateli:		
Adresa:			
Telefon:			
Email:			

Může se stát, že nebude v našich možnostech Vaším požadavkům vyhovět a Vaše žádost o přijetí bude zamítnuta.

Jedná se o tyto případy stanovené zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb.:

- poskytovatel neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb, **Není**



- nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá,

STOP více jak 117 +

- zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby

STOP



- V době do 6 měsíců klient porušil povinnost vyplývající ze smlouvy

Výpovědní důvody ze smlouvy:

1. **Klient může smlouvu vypovědět i bez udání důvodu.**
Výpovědní lhůta činí 2 měsíce a počíná běžet od 1. dne následujícího měsíce po podání výpovědi, nebo k dohodnutému datu se souhlasem obou smluvních stran.



2. **Poskytovatel může smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:**



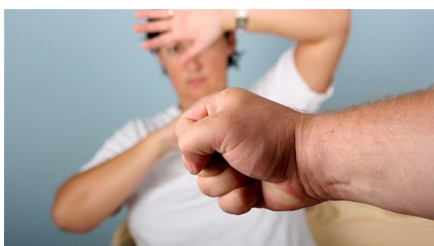
- a) Jestliže klient hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze smlouvy, zejména zamlčí-li výši příjmu rozhodných pro stanovení úhrad za základní služby (čl. VII, bod 9), nebo jeho změny a po opakovaném nezaplacení úhrad a poplatků v daném termínu (čl. VII., bod 7).



- b) Jestliže klient opakovaně méně závažným způsobem narušuje kolektivní soužití a porušuje vnitřní směrnice a Domovní řád, s kterým je každý klient seznámen při uzavírání smlouvy a je k dispozici u sociálních pracovníků.



- c) Jestliže klient opakovaně napadá pracovníky zařízení (slovně či fyzicky) a snižuje jejich lidskou důstojnost.



- d) Při zhoršení zdravotního stavu na základě vyjádření lékaře při onemocněních, která jsou v rozporu pro umístění v domově dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., §36 odst. c) a přesně uvedené v cílové skupině klientů.

Výpovědní lhůta ze strany poskytovatele činí **2 měsíce** a počíná běžet od **1. dne** následujícího měsíce po doručení výpovědi klientovi (opatrovníkovi), nebo k dohodnutému datu se souhlasem obou smluvních stran.



2 měsíce

DSS
Demovy sociálních služeb Litvínov
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

Datum podání žádosti: _____

web: www.dsslitvov.cz
tel: 476 743 842

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO
DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV**

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov pro seniory

Žadatel:	příjmení	rozená	jméno
Narozen:	den, měsíc, rok	místo	okres
Bydlíte:		telefon:	email:
Státní příslušnost:			
Rodiňavý stav: /# Hodici se označte			
svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem/družkou, registrované partnerství			
Důvod umístění v Domově pro seniory:			
Jaké služby žadatel potřebuje? (přízní, očekávání)			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: /#Hodici se označte			
<input type="checkbox"/> Od 1 - 6 měsíců			
CO NEJDRŽÍVE	POZDĚNÍ - KDY:	<input type="checkbox"/> Od 6 měsíců - 1 rok	
		<input type="checkbox"/> Za 1 rok či více let	
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svázanosti			
(rozhodnutí soudu v ze dne č.j.)			
Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:			
Jméno:	vztah k žadateli:		
Adresa:			
Telefon:			
Email:			

Jestliže bude Vaše žádost zamítnuta z důvodů výše uvedených, bude Vám na Vaši adresu zasláno písemné oznámení s uvedením důvodu zamítnutí.

STOP

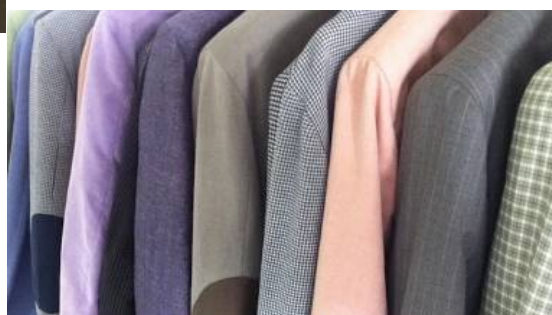


Osobní vybavení klienta

Pokoj je vybaven



Klient si může vzít z domova

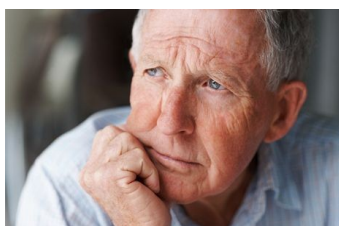
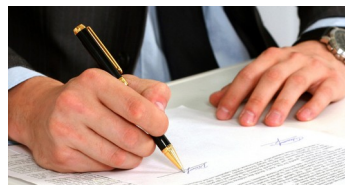


Klient obdrží číslo pro možnost praní prádla v prádelně číslo XY

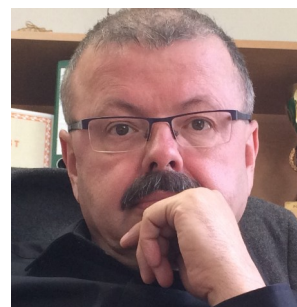


Smlouva o poskytnutí sociální služby:

V AAK celý obsah

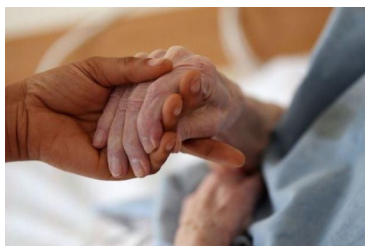


1x klient



1x poskytovatel

Individuální plán klienta:



Osobní cíle vycházející z prvotního jednání se zájemcem o službu

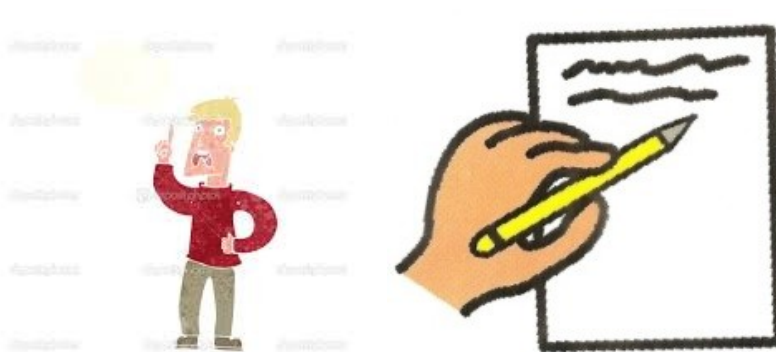


Klíčový pracovník:

Po nástupu do zařízení Vám bude přidělen klíčový pracovník. Tento pracovník pro Vás bude kontaktní osobou, která si bude iniciativně všimnout Vašich potřeb a spokojenosti a bude hájit Vaše zájmy. Klíčový pracovník bude Vaším prostředníkem, důvěrníkem a možná se stane Vaším přítelem. Pro první chvíle Vám bude klíčový pracovník přidělen. Může se stát, že si při svém pobytu v zařízení oblíbíte jiného pracovníka, s kterým si budete více rozumět. V takovémto případě máte proto možnost požádat o změnu klíčového pracovníka.



Stížnosti



Úhrada za pobyt:

Klient je povinen zaplatit úhradu nákladů za stravu a ubytování v částce:

Normální strava + 1 L pokoj



+



=

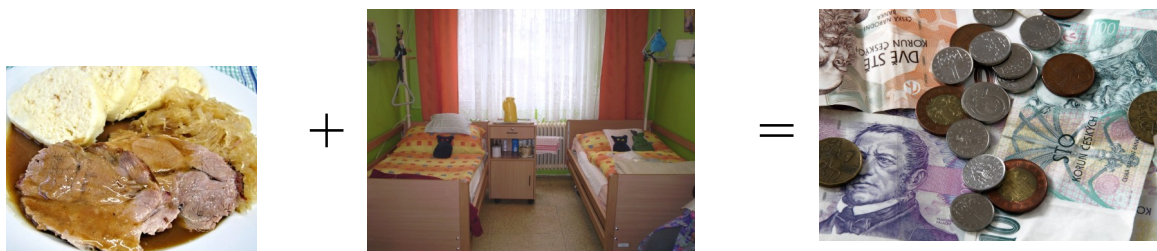


11 400,- Kč/měsíčně

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- za stravu normální, které činí 170,- Kč denně
- za ubytování 1 L pokoj, které činí 210,- Kč denně

Normální strava + 2 L pokoj



11 100,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

c) za stravu normální, které činí 170,- Kč denně

d) za ubytování 2 L pokoj, které činí 200,- Kč denně

Diabetická strava + 1 L pokoj



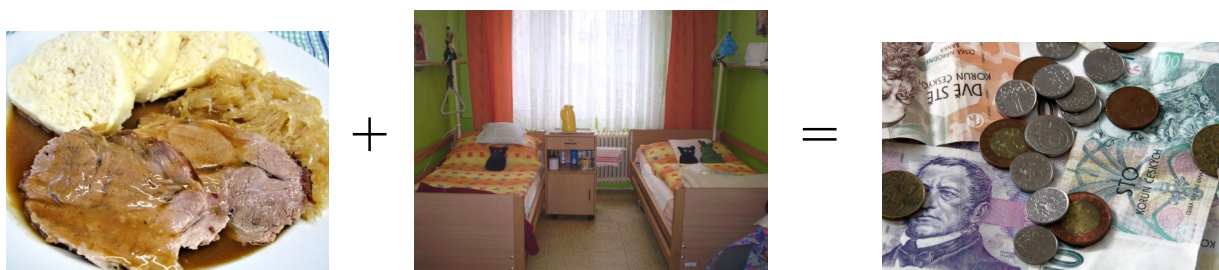
11 400,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

e) za stravu diabetickou, které činí 170,- Kč denně

f) za ubytování 1 L pokoj, které činí 210,- Kč denně

Diabetická strava + 2 L pokoj



11 100,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

g) za stravu diabetickou, které činí 170,- Kč denně

h) za ubytování 2 L, které činí 200,- Kč denně

Normální strava + jednolůžkový pokoj	11 400,0 Kč
Normální strava + dvoulůžkový pokoj	11 100,0 Kč
Diabetická strava + jednolůžkový pokoj	11 400,0 Kč
Diabetická strava + dvoulůžkový pokoj	11 100,0 Kč

Normální strava + 2 L malý pokoj

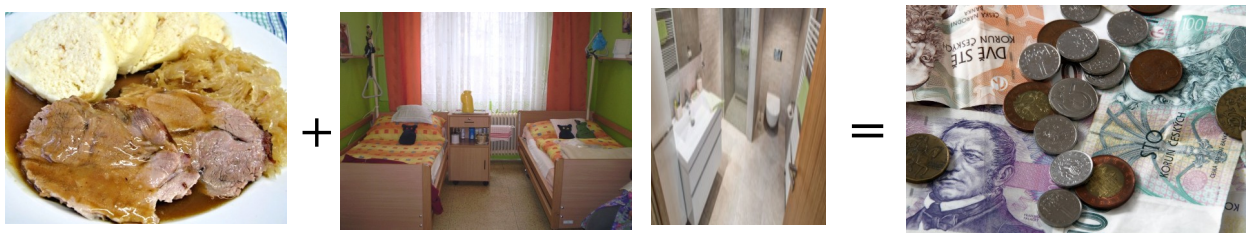


11 100,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- i) za stravu normální, které činí 1705,- Kč denně
- j) za ubytování 1 L pokoj, které činí 200,- Kč denně

Normální strava + 2 L velký pokoj



11 400,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- k) za stravu normální, které činí 170,- Kč denně
- l) za ubytování 2 L pokoj, které činí 210,- Kč denně

Diabetická strava + 1 L malý pokoj

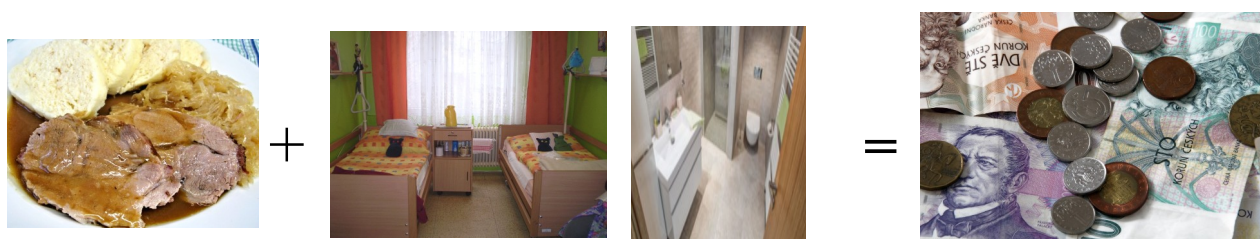


11 100,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- m) za stravu diabetická, které činí 170,- Kč denně
- n) za ubytování 1 L pokoj, které činí 200,- Kč denně

Diabetická strava + 2 L velký pokoj



11 400,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- o) za stravu diabetickou, které činí 170,- Kč denně
- p) za ubytování 2 L, které činí 210,- Kč denně

Normální strava + dvoulůžkový velký pokoj	11 400,0 Kč
Diabetická strava + dvoulůžkový velký pokoj	11 400,0 Kč
Normální strava + malý jednolůžkový pokoj bez balkónu	11 100,- Kč
Diabetická strava + malý jednolůžkový pokoj bez balkónu	11 100,- Kč

Klient, který je příjemcem příspěvku na péči, **je povinen zaplatit** za poskytovanou péči za kalendářní měsíc, **částku ve výši přiznaného příspěvku na péči** dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.



Kontakt:

Tel.: 476 742 042, 733 121 828, 778 493 698
pracoviště Křížatecká čp. 16, Litvínov – Janov
e-mail: dss@dsslitvinov.cz

Historie dokumentu: 1. verze 17. 6. 2016

Aktualizace dokumentu: v Litvínově – Janově dne: 23. 1. 2018; 4. 8. 2020, 16. 1. 2022

Zpracovala: Mgr. Magdaléna Hejlová – vedoucí sociálního úseku _____

Michal Brožovič - vedoucí oddělení DpS1 a DpS3 _____

Schválil: Ing. Vladimír Vopelka _____