



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 se zvláštním režimem pro osoby
s chronickým duševním onemocněním
a etylickou demencí

Standard č. 3
AAK – Informace pro zájemce o službu

Informace pro zájemce Domova se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a etylickou demencí v alternativní a augmentativní komunikaci

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



Druh služby: Domovy se zvláštním režimem dle § 50
Forma: pobytová 24 hodin



Místo poskytnutí služby

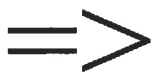
Křížatecká 16, Litvínov - Janov, PSČ: 435 42



Celkem 16 klientů mužů od věku 41 let

Muži, u kterých byla stanovena diagnóza chronické duševní onemocnění a etylická demence od 41 let věku, kteří mají snížené poznávací schopnosti, časté změny chování a nálad, problémy s orientací, vnímáním, pamětí, vyjadřováním porozuměním, problémy se zvládáním každodenních běžných činností, a proto 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:

Seniorům od 65 let, osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence a osobám závislým na návykových látkách.

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.

Cíle a poslání Domova se zvláštním režimem 1. oddělení:

Termín „zvláštní režim“ v názvu služby je dán zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a určuje cílovou skupinu klientů, kteří mají specifické potřeby vyplývající z jejich onemocnění.

Posláním Domova se zvláštním režimem v Litvínově - Janově je poskytovat mužům s chronickým duševním onemocněním starším 41 let pobytovou sociální službu a péči podle individuálních potřeb v důstojném prostředí, kteří v důsledku trvalých zdravotních změn psychického rázu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve svém vlastním prostředí. Podporujeme uživatele k zachování, popřípadě rozvíjení jejich vlastních schopností a udržování kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky.

Individuální přístup



Udržení kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky



Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování

8 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**



- **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



shutterstock · 71082682

- 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**
Záměstí 177, 435 42 Litvínov - Jasná, příspěvková organizace

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

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNŮV
Žádám o poskytnutí pobytové služby:
Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a styčickou demencí

Žadatel: příjmení ročník jméno

Narozen: den měsíc rok místo okres
Bydlíště:
Státní příslušnost:

Rodinný stav: * Hodičl se označte
svobodný(á), ženatý, vdava, rozvedený(á), vdova, ovdovělý(á), ovdovělá, s partnerem, s družkou

Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:

Jaké služby žadatel potřebuje? (příjmení, očekávání)

Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * Hodičl se, označte
CO NEJDPŘÍVE POZDĚJI - KOV: ☐ Od 1 - 6 měsíců ☐ Od 6 měsíců - 1 rok ☐ Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti

Rozhodnutí soudu v ze dne
Osoba, která má být kontaktní ve věci řešení žádosti o umístění:
Jméno: vztah k žadateli:
Adresa:
Telefon:
Email:

Prohlášení žadatele (opatrovníka):
V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v plném znění souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytném 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.

V.....
Vlastnoručně podpis žadatele (opatrovníka)

V: Dne:

Přílohy:

Výše uvedený obsah: Města
Kopie Rozsahu o omezení ve svéprávnosti a uznesení o ustanovení opatrovníka *
(*Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vypíše poskytovatel DSS Litvínov:

Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem přijata:

V Litvínově dne: podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o přijetí do Domova se zvláštním režimem.

Datum nástupu:

V Litvínově dne: podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o zařazení do pořádku čekatelů Domova se zvláštním režimem.

Žadatel byl přijat do pořádku čekatelů dne:

V Litvínově dne: podpis odpovědné osoby:

Potřebné doklady:

- lékařské vyjádření od praktického lékaře

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

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do DSS Litvínov

1. Žadatel
Příjmení (u žen též rodné) a jméno
Datum a místo narození
Adresa trvalého pobytu, PSČ, obec

2. Žadatel o službu (zakroužkujte):

Trpí akutní infekční chorobou	ANO	NE
Je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	ANO	NE
Je upoután na lůžko	ANO	NE
Je schopen sebeobsluhy	ANO	NE
Dispensarizace:	ANO	NE
o Plícní		
o Diabetologie		
o Oční		
o Psychiatrie		
o Neurologie		
o Interní		
o Ortopedie		
o Chirurgie		
o Hematologie		
o Alergicko-toxikologická poradna		
Užívá kompenzační pomůcky	ANO	NE
Pokud ano, tak jaké:		
Trpí poruchou komunikace	ANO	NE

Žadatel trpí těmito chorobami:

o Tuberkulóza	ANO	NE
o Psychická a psychická poruchy	ANO	NE
o Chronický alkoholismus	ANO	NE
o Toxicománie	ANO	NE
o Infekční choroby	ANO	NE

Orientace

Oscbou	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Místem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Časem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ

3. Vyjádření smluvního lékaře ke zvolenému druhu služby:

Diagnózy (vyplňte):

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 tato pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 81 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 606/2006 Sb. § 36 neposkytujeme: osobám s chronickým duševním onemocněním (např. schizofrenie, stylická demence, Alzheimerova nemoc a jiné typy demence) nebo se zvláštností na nervových ústředích a osobám, které jsou agresivní vůči sobě a svému okolí.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí 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 zaviněným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to nepatří, 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 65 let věku, kteří v důsledku svého zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tato pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 81 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 606/2006 Sb. § 36 neposkytujeme: osobám zaviněným na nervových ústředích a s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, stylická demence).

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

☐ Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním s stylickou demencí

Cílovou skupinou této pobytové služby jsou: Muži, u kterých byla stanovena diagnóza chronického duševního onemocnění a stylická demence od 41 let věku, kteří mají sníženou poznavací schopnost, časté změny chování a nálad, problémy s orientací, mímáním, pamětí, vyjadřováním porozuměním, problémy se zvládnutím každodenních běžných činností, a proto vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tato pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

Tuto službu dle § 81 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 606/2006 Sb. § 38 neposkytujeme: Seniorům od 65 let, osobám se senilní demencí, Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence a osobám zaviněným na nervových ústředích.

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

4. Je žadatel schopný života v kolektivním zařízení?

5. Inkontinence Hodící se označte

☐ ANO	☐ NE
------------------------------	-----------------------------

Stupeň:

MOC	I.	II.	III.
STOLICE.	I.	II.	III.

6. Druh diety

☐ normální

☐ žvýčková

☐ diabetická

☐ jiná

Žadatel je schopen jednat o smlouvě, porozumět obsahu smlouvy:

ANO	NE
-----	----

Žadatel je schopen podepsat smlouvy:

ANO	NE
-----	----

Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro občasný úřad obce a rozšířenou působnost, který bude za klienta podle § 81, odst. 6, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, smlouvu a poskytovatelem sociálních služeb uzavírat.

V.....
podle a razítko ošetřujícího lékaře

Dne.....

- 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+



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 (předat vzor v AAK)**



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

web: www.doslitvinov.cz Datum podání žádosti: _____
tel: 478 742 042

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

Žádám o poskytnutí pobytové služby:
Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a etyčickou demencí

Žadatel:	příjmení _____ ročník _____ jméno _____		
Narozen:	den, měsíc, rok _____	místo _____	okres _____
Bydliště:	_____ telefon _____ email _____		
Státní příslušnost:	_____		
Rodinný stav: / * Hodící se označte svobodný(á), ženatý, vdava, rozvedený(á), rozloučený(á), ovdovělý(á) (je s druhem, s družkou)			
Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem: _____			
Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání) _____			
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * / Hodící se, označte			
CO NEJDRŽÍVE	POZDĚJI - KOY:	☐ Od 1 - 6 měsíců ☐ Od 6 měsíců - 1 rok ☐ Za 1 rok či více let	
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti _____			
_____ rozhodnutí soudu v _____ se dne _____ a _____			
Osoba, která má být kontaktní a ve věci řešení žádosti o umístění:			
Jméno:	vztah k žadateli: _____		
Adresa:	_____		
Telefon:	_____		
Email:	_____		

Postup v případě, kdy bude žádost zamítnuta:

STOP

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

web: www.dsallitvinov.cz Datum podání žádosti: _____
tel.: 478 742 042

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV
Žádám o poskytnutí pobytové služby:
Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním s etylickou demencí

Žadatel: příjmení _____ ročník _____ jméno _____
Narozen: den _____ měsíc _____ rok _____ místo _____
Bydliště: ulice _____ telefon: _____
Státní příslušnost: _____

Rodinný stav: * Hodící se označte
vevdobý(a), ženatý, vdáná, rozvedený(a), rozloučený(a), ovdovělý(a)
jije a druhem, s druhem

Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem: _____

Je-li služba žadatelem potřebná? (přání, očekávání) _____

Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: *Hodící se, označte

CO NEJEDNĚJE POZDĚJI - KDY: ☐ Od 1 - 9 měsíců
☐ Od 8 měsíců - 1 rok
☐ Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti _____

(rozhodnutí soudu v _____ ze dne _____ č. _____)

Osoba, která má být kontakována 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 16 +

- 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

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



Domovy sociálních služeb Litvínov
Zátiší 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 LITVÍNŮV**

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a stýdkou demencí

Žadatel:	příjmení			ročník	jméno
Narození:	den, měsíc, rok		miasto	okres	
Bydliště:	adresa				
Státní příslušnost:					
Rodinný stav: *	Hodící se označte svobodný(á), ženatý, vdáná, rozvedený(á), rozvedená, ovdovělý(á), ovdovělá, s druhem, s družkou				
Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:					
Jaké služby potřebujete? (přání, očekávání)					
Či chcete-li chci podáním žádosti svou situaci řešit: *	Hodící se, označte				
CO NEJDRŽÍME	POZDĚJI - KDY:	☐ Od 1 - 5 měsíců ☐ Od 6 měsíců - 1 rok ☐ Za 1 rok či více let			
Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti					
rozhodnutí soudu v ze dne č.					
Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:					
Jméno:	vztah k žadateli				
Adresa:					
Telefon:					
Email:					

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 všímat 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



+



=



9 450,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 145,- Kč denně
- b) za ubytování 2 L pokoj, které činí 170,- Kč denně

Diabetická strava



+



=



9 750,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- c) za stravu diabetickou, které činí 155,- Kč denně
- d) za ubytování 2 L, které činí 170,- Kč denně

Normální strava + dvoulůžkový pokoj	9 450,0 Kč
Diabetická strava + dvoulůžkový pokoj	9 750,0 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
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

Zpracovala: Mgr. Magdaléna Hejlová – vedoucí sociálního úseku

Schválil: Ing. Vladimír Vopelka

Mag!
[Signature]
Domovy sociálních služeb Litvínov,
příspěvková organizace
Litvínov - Janov,
Zátíší čp. 177, PSČ 435 42
IČO: 498 72 541 (20)