



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 Alzheimerovou nemocí a jinými typy
demence**

**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.
Se sídlem:
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov**



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

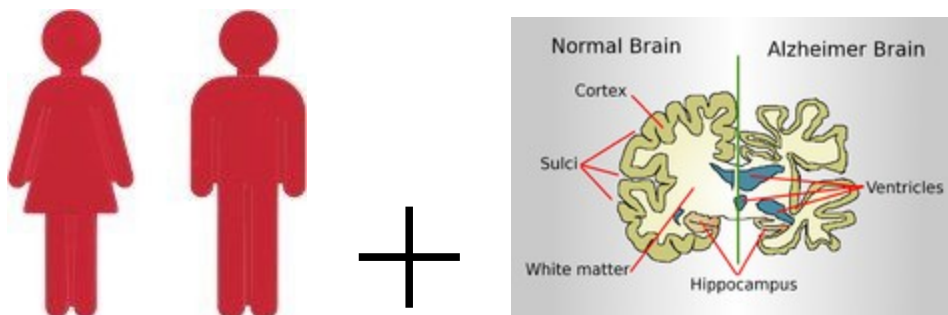


**Místo poskytnutí služby
Křížatecká 16, Litvínov - Janov, PSČ: 435 42**



Celkem 37 klientů muži a ženy od 55 let

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.



⇒ 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 závislým na návykových látkách a s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, etylická 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.

Cíle a poslání Domova se zvláštním režimem 4. 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 osobám s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence pobytovou sociální službu a péči s individuálním přístupem ke každému uživateli s ohledem na jeho potřeby v důstojném prostředí. Podporujeme uživatele k zachování, popřípadě rozvíjení jejich vlastních schopností a udržování kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky.

Pobytová, časově neomezená služba. Toto oddělení je opatřené dveřmi, které se otevírají čtyřmístným veřejně přístupným číselným kódem.

Individuální přístup



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



Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování

19 x 1 lůžkový pokoj



9 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.**



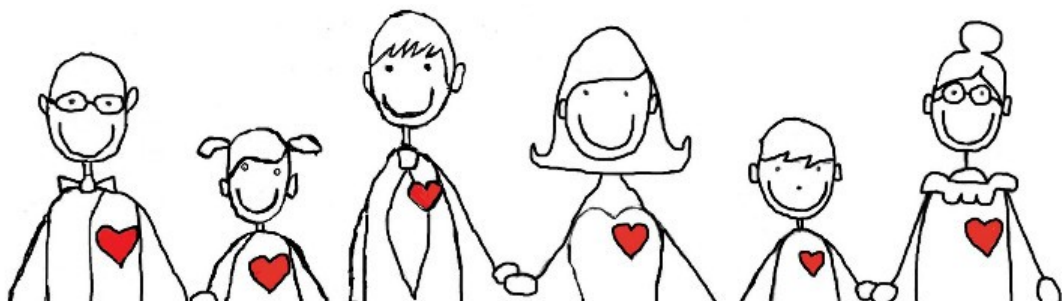
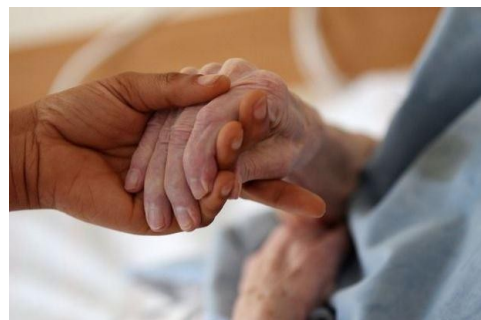
- **Podpora svobodného vyjadřování vlastních názorů a rozhodování o své osobě – uplatnění vlastní vůle a rozhodování uživatele.**



- 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
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

web: www.dsslitvinov.cz
tel.: 476 742 842

Datum podání žádosti:

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNŮV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence	
Žadatel:	příjmení rozená jméno
Narozen:	den,měsíc,rok místo okres
Bydlíště:	telefon: email:
Státní příslušnost:	
Rodinný stav: /* Hodici se označte	
svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem/družkou, registrované partnerství	
Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:	
Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)	
Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: /*Hodici se, označte	
CO NEJDRŽÍVE POZDĚJI - 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 svéprávnosti	
(rozhodnutí soudů v ze dne č.j.)	
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 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.
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 umesnění o ustanovení opatrovníka *
(*Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vyplňuje 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 nřtupu:.....
V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:.....
Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů Domova se zvláštním režimem:
Žadatel byl přijat do pořadníku čekatelů dne:
V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:.....

Potřebné doklady:

- vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele

<p>Domovy sociálních služeb Litvínov Příspěvková organizace Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov</p>	
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	
Zdravotní pojišťovna 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 sebeobsluhy	ANO NE ČÁSTEČNĚ
Dispensarizace:	ANO NE OBČAS
Dispensarizace:	
<input type="checkbox"/> Plícní <input type="checkbox"/> Diabetologie <input type="checkbox"/> Oční <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Interní <input type="checkbox"/> Ortopedie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Hematologie <input type="checkbox"/> Alkoholicko-toxikologická poradna <input type="checkbox"/> Jiné:	

Očkování žadatele	Datum očkování		
COVID - 19 (rozepnat data dávek)	1. dávka:	2. dávka:	3. posilující dávka:
TETANUS	Další očkování:		
PNEUMONIE			
CHŘÍPKA			
Diagnózy žadatele (vyplňte):			
Číslo/kód diagnózy	Název diagnózy		
Žadatel trpí těmito chorobami			
Tuberkulóza	ANO	NE	
Psychóza a psychické poruchy	ANO	NE	
Chronický alkoholismus	ANO	NE	
Toxikomanie	ANO	NE	
Infekční choroby	ANO	NE	
Je žadatel orientován v oblastech			
Místem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Časem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Osobou	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Situací	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Posuzivá žadatel kompenzační pomůcky	ANO	NE	
Pokud ano, tak jaké: pí.: (oble, berle, chodítko, invalidní vozík, nastouchádko aj.)			

Inkontinence – trpí žadatel inkontinencí			
ANO	NE		
Pokud ANO označte stupeň			
MOC	I.	II.	III.
STOLICE	I.	II.	III.
Druh diety žadatele			
<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Žláčková <input type="checkbox"/> Diabetická <input type="checkbox"/> Warfarinová			
Jiná: _____			
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 obec 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 osoba 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, tyrelická demence, Alzheimerova nemoc a jiné typy demence) nebo se závažností 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 naplatí, 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 osoba 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, tyrelická 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
Osobou	Plná orientace	Částečná orientace	Úplná dezorientace
Sítací	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	Blyže na čtení	Blyže na dálku	Zhoršené vidění až nevidomost
Sluch *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Bez potíží	Zhoršený sluch	Použití nslouchadla	Neslyšící
Stav pokožky *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Bez potíží	Vysušená	Kožní defekty (bércové vředy, dekubity)	Kožní onemocnění
Spánek *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Klidný	Periované spání	Během dne	Užívání léků na spání
Oblékání, 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	Čeklová inkontinence	Močový katetr
Dutina ústní *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Pevný chrup	Bez chrupu a protéz	Horní protéza	Dolní protéza

Hodnocení provedl _____
 Dotazovaný sám ANO/NE, pokud NE napište kdo (př. rodinný příslušník, někdo jiný): _____
 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	Toslemi křeslo	Močová láhev (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, lampon, krém 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, někdo jiný - kontaktní):			

- 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 +

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

www.dsslitvínov.cz
476 742 042

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNŮV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:
Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence

Žadatel: příjmení rozená jméno

Narozen: den, měsíc, rok místo okres

Bydlící: telefon: email:

Státní příslušnost:

Rodičský stav: * / Hodící se označte
svobodný(G), ženatý, vdava, rozvedený(G), ovdovělý(G), býj s druhem/druhou, registrovaná partnerství

Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:

Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)

Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * / Hodící se, označte
CO NEJDŘÍVE POZDĚJI - KDY: Od 1 - 6 měsíců Od 6 měsíců - 1 rok Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svěřování:

(rozhodnutí soudu v ze dne č. j.)

Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:
Imen: 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**

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

www.dsslitvínov.cz
476 742 042

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNŮV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:
Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence

Žadatel: příjmení rozená jméno

Narozen: den, měsíc, rok místo okres

Bydlící: telefon: email:

Státní příslušnost:

Rodičský stav: * / Hodící se označte
svobodný(G), ženatý, vdava, rozvedený(G), ovdovělý(G), býj s druhem/druhou, registrovaná partnerství

Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:

Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)

Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: * / Hodící se, označte
CO NEJDŘÍVE POZDĚJI - KDY: Od 1 - 6 měsíců Od 6 měsíců - 1 rok Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svěřování:

(rozhodnutí soudu v ze dne č. j.)

Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:
Imen: vztah k žadateli:
Adresa:
Telefon:
Email:

Může se stát, že nebude v našich možnostech Vašim 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 37 +

- 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

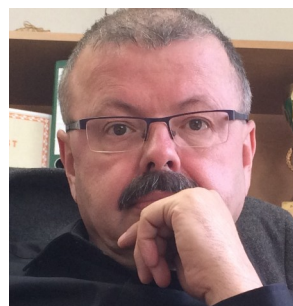
Výpovědní důvody ze smlouvy:

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.

STOP



IDSS		Domovy seniorů obcí a měst Zámč. 177, 452 42 Litvínov - Jasn. příslušnost regionu	
www.idss.cz		Dělná 752452 Litvínov	
117 452 42		Dělná 752452 Litvínov	
Žádost o přechod na DOMOVY SOCIÁLNÍ SLUŽBY LITVÍNOV			
Žádost o přechod vyplývá dle:			
Průběh na základě rozhodnutí poskytovatele a Administrativní oznámení podle zákona 106/1998 Sb.			
Jméno:		Jméno příjmení	
Přechod:		Přechod	
Město:		Město	
Město příchodu:		Město	
Přechod č. / Město příchodu:			
Přílohy (Doklady, potvrzení, potvrzení o změně bydliště, potvrzení o změně bydliště, potvrzení o změně bydliště, potvrzení o změně bydliště)			
Přechod č. / Město příchodu			
Změna bydliště (příloha) / Jméno, příjmení			
Přechod č. / Město příchodu			
Změna bydliště (příloha) / Jméno, příjmení			
Přechod č. / Město příchodu			
Změna bydliště (příloha) / Jméno, příjmení			
Přechod č. / Město příchodu			
Změna bydliště (příloha) / Jméno, příjmení			
Přechod č. / Město příchodu			
Změna bydliště (příloha) / Jméno, příjmení			
Přechod č. / Město příchodu			

Osobní vybavení klienta

Pokoj je vybaven



Klient si může vzít z domova

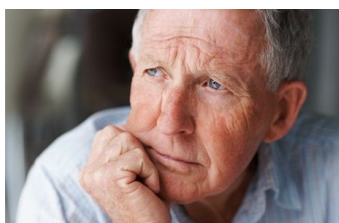


Klient obdrží číslo pro možnost praní prádla v prádelně číslo XY



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



+



=

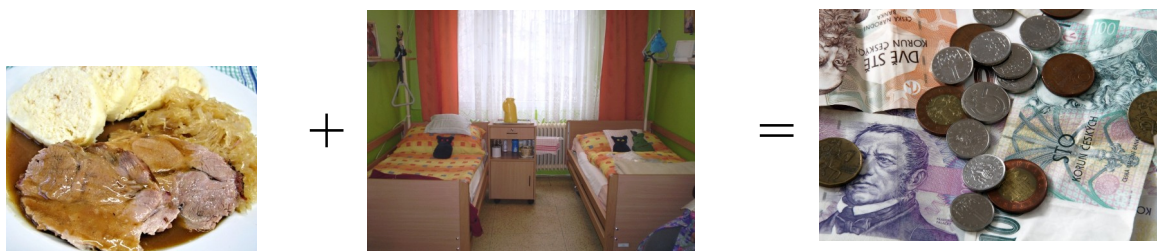


11 400,- Kč/měsíčně

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 170,- Kč denně
- b) 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

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 _____