

Zátiší 177

435 42 Litvínov-Janov

■ 476 742 030 ■ 608 117 204, e-mail: dss@dsslitvinov.cz
detašované pracoviště Křižatecká 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**

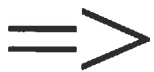
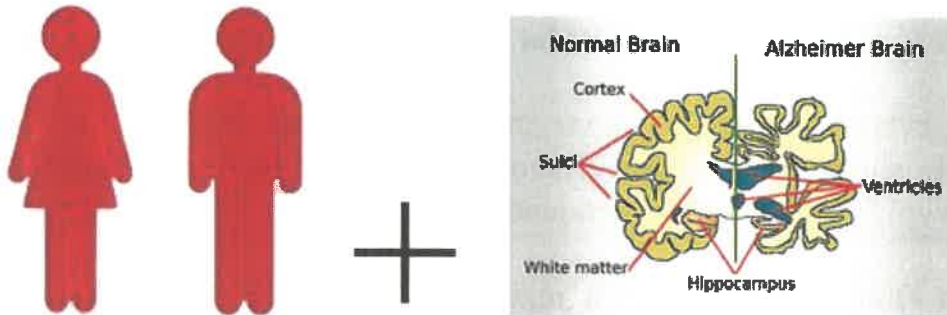


**Místo poskytnutí služby
Křížatecká 16, Litvínov - Janov, PSČ: 435 42**

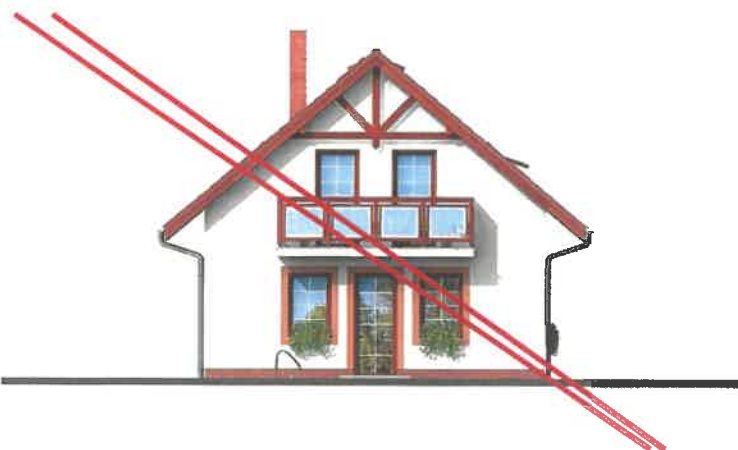


Celkem 37 klientů muži a ženy od 55 let

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



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.



Návštěva v Domově - Předání žádosti



**Domovy
sociálních služeb
Litvínov**

Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

Datum podání žádosti:.....

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

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence			
Žadatel:			
	příjmení	rozená	jméno
Narozen:			
	den,měsíc,rok	místo	okres
Bydliště:			telefon:
			email:
Státní příslušnost:			
Rodinný stav: /* Hodící 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: */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 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:			

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: !!VĚNUJTE PROSÍM POZORNOST TĚMTO PŘÍLOHÁM!!

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 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 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



Domovy
sociálních služeb
Litvínov

Domovy sociálních služeb Litvínov
Příspěvková organizace
Zátiší 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

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
Dispenzarizace:	ANO	NE	OBČAS

Dispenzarizace:

Plicní
 Diabetologie
 Oční
 Psychiatrie
 Neurologie
 Interna
 Ortopedie
 Chirurgie
 Hematologie

a) Alkoholicko-toxikologická poradna

b) Jiné:

Očkování žadatele	Datum očkování		
	COVID – 19 (rozepsat data dávek)	1. dávka:	2. dávka:
TETANUS	Další očkování:		
PNEUMONIE			
CHŘIPKA			

Diagnózy žadatele (vypište):

Číslo/kód diagnózy	Název diagnózy

Žadatel trpí těmito chorobami

Tuberkulóza	ANO	NE
Psychóza a psychické poruchy	ANO	NE
Chronický alkoholismus	ANO	NE
Toxikománie	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

Používá žadatel kompenzační pomůcky	ANO	NE
--	-----	----

Pokud ano, tak jaké: př.: (hole, berle, chodítka, 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
<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Žlučnicková <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 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, etylická demence, Alzheimerova nemoc a jiné 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.



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, 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.

V.....

.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře

- dotazník tělesných a smyslových schopností žadatele a monitoring denních činností

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
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	Brýle na čtení	Brýle 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 spaní	Během dne	Užívání léků na spaní

Oblékání, svlékání *Vámi vybranou kolonku zakroužkujte			
Samostatně	Dohled	Částečná dopomoc	Plná pomoc

Osobní 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 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			

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	Toaletní 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 pití 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- 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



Postup v případě, kdy bude žádost zamítnuta:

STOP - NE

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, 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.



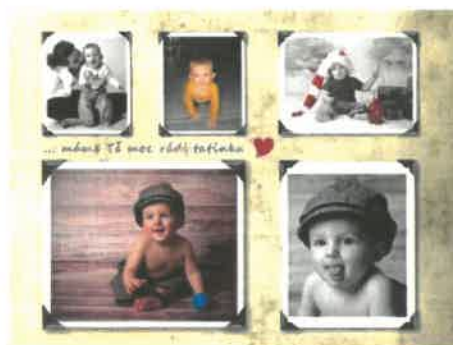
- d) Při zhoršení zdravotního stavu na základě vyjádření lékaře při onemocněních, která jsou v rozporu pro umístění v domově dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., §36 odst. c) a přesně uvedené v cílové skupině klientů.

Osobní vybavení klienta

Pokoj je vybaven



Klient si může vzít z domova

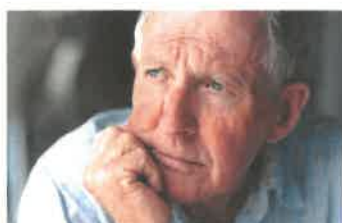


Klient obdrží číslo pro možnost praní prádla v prádelně číslo XY



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

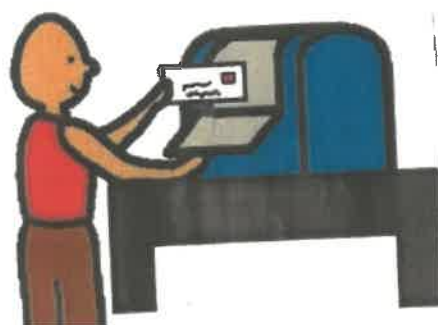


Klíčový pracovník:

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, diabetická, žlučnicková strava + 1 L pokoj



16 200,- Kč/měsíčně

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- c) za stravu normální, které činí 260,- Kč denně
- d) za ubytování 1 L pokoj, které činí 280,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučnicková strava + 2 L pokoj



15 300,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- e) za stravu normální, které činí 260,- Kč denně
- f) za ubytování 2 L pokoj, které činí 250,- Kč denně

Diabetická vyživovací strava + 1 L pokoj - DIA



14 200,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

g) za stravu diabetickou, které činí 260,- Kč denně

h) za ubytování 1 L, které činí 280,- Kč denně

Diabetická vyživovací strava + 2 L pokoj - DIA



15 300,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

i) za stravu diabetickou, které činí 260,- Kč denně

j) za ubytování 2 L, které činí 250,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučnicková strava + jednolůžkový pokoj	16 200,0 Kč
Normální, diabetická, žlučnicková strava + dvoulůžkový pokoj	15 300,0 Kč
Diabetická vyživovací strava + jednolůžkový pokoj	16 200,0 Kč
Diabetická vyživovací strava + dvoulůžkový pokoj	15 300,0 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, 8. 8. 2022, 1. 3. 2023, 30. 7. 2025**

Zpracovala: Mgr. Magdaléna Hejlová – vedoucí sociálního úseku

Domovy sociálních služeb Litvínov,
příspěvková organizace
Litvínov - Janov,
Základní čp. 177, PSČ 435 42
IČO: 490 72 541 (20)

Schválil: Ing. Vladimír Vopelka

1998-2000
1999-2001
2000-2002
2001-2003
2002-2004