

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

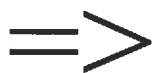


Místo poskytnutí služby
Křížatecká 16, Litvínov - Janov, PSČ: 435 42

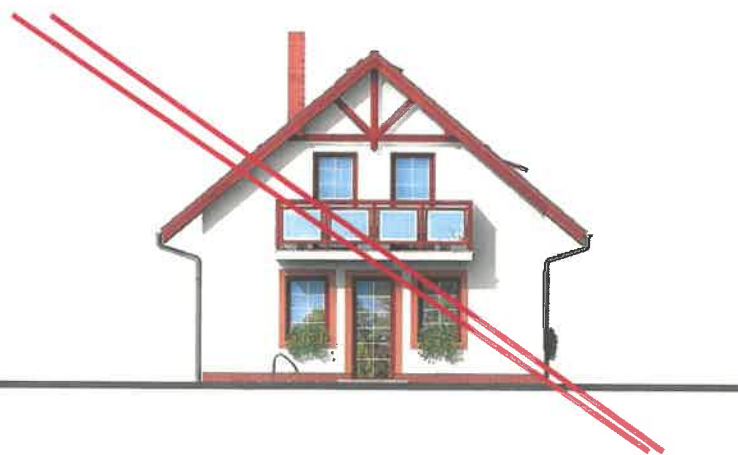


Celkem 117 klientů muži a ženy od 65 let

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



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



polečenské prostředí



- **sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti**



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



- **zajištění zdravotní péče prostřednictvím zdravotnického zařízení**



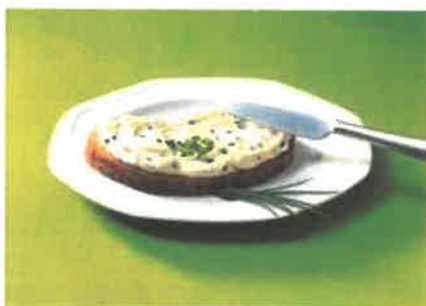
- **zajištění ošetrovatelské péče prostřednictvím zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání**



- **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



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 pro seniory | | | |
|--|-------------------|---------------------|----------|
| 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 pro seniory: | | | |
| | | | |
| Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání) | | | |
| | | | |
| Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: */Hodící se, označte | | | |
| Od 1 - 6 měsíců | | | |
| CO NEJDŘÍVE | POZDĚJI - KDY: | 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 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

| | | | |
|--|-----|-----------|----------|
|  | | | |
| Domovy sociálních služeb Litvínov | | | |
| Domovy sociálních služeb Litvínov Příspěvková organizace Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov | | | |
| <u>Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do DSS Litvínov</u> | | | |
| 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
- Alkoholicko-toxikologická poradna
- Jiné:

Očkování žadatele

COVID – 19
(rozepsat data dávek)

1. dávka:

Datum očkování

2. dávka:

3. posilující 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

- Normální
- Žlučnicková
- Diabetická
- 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

Dne.....

- dotazník tělesných a smyslových schopností žadatele a monitoring denních činností



Domovy
sociálních služeb
Litvínov

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 | 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): | | | |

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 |
| Situaci | 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 (běrcové 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 | | |

- 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**

ČK Domovy sociálních služeb Litvínov
 Záběh 177, 431 42 Litvínov - Anov, příspěvková organizace

www.dskc.cz
 tel: 416 142 848

Žádost o přijetí do DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNOV

Žádám a poskytnouti mi tyto služby: **Domov pro seniory**

| | | | |
|--|----------------------------|----------|----------|
| Jméno: | příjmení | ročník | bydliště |
| Adresa: | ulice, číslo, pošt. oblasť | město | okres |
| Průkaz: | občanský | občanský | občanský |
| Ukázkový průkaz: | občanský | občanský | občanský |
| Rodinný stav: <input type="checkbox"/> Svobodný <input type="checkbox"/> Vdaný <input type="checkbox"/> Rozvedený <input type="checkbox"/> Vdovský | | | |
| Příjemci: <input type="checkbox"/> 1 příjemce <input type="checkbox"/> 2 příjemci <input type="checkbox"/> 3 příjemci <input type="checkbox"/> 4 příjemci <input type="checkbox"/> 5 příjemců <input type="checkbox"/> 6 a více příjemců | | | |
| Důvod vzniku potřeby: <input type="checkbox"/> zdravotní <input type="checkbox"/> sociální <input type="checkbox"/> jiné | | | |
| Zdravotní stav: <input type="checkbox"/> Dobrý <input type="checkbox"/> Střední <input type="checkbox"/> Špatný | | | |
| Zdravotní ošetření: <input type="checkbox"/> 1 ošetření <input type="checkbox"/> 2 ošetření <input type="checkbox"/> 3 ošetření <input type="checkbox"/> 4 ošetření <input type="checkbox"/> 5 ošetření <input type="checkbox"/> 6 a více ošetření | | | |
| CO NECHCÍME: <input type="checkbox"/> POZDĚJI - KLAVY: <input type="checkbox"/> Od 6 měsíců - 1 rok <input type="checkbox"/> Ze 1 roku či více let | | | |
| Jiné údaje, poznámky, informace: <input type="checkbox"/> Rodinný svazek ve složení: <input type="checkbox"/> | | | |
| Podpis: <input type="checkbox"/> Město: <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> | | | |
| Kontakt: <input type="checkbox"/> Kontaktní osoba ve vlně: <input type="checkbox"/> Jméno: <input type="checkbox"/> Souběžně: <input type="checkbox"/> | | | |
| Telefon: <input type="checkbox"/> vztah k žadateli: <input type="checkbox"/> | | | |
| Email: <input type="checkbox"/> | | | |

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 sepíše sociální pracovníce **Smlouvu o poskytnutí sociální služby (předit vzor v AAK)**

- 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.

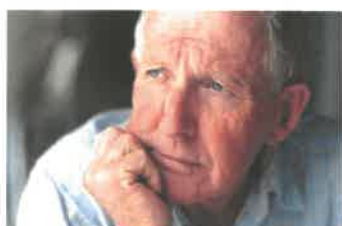


2 měsíce



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



17 700,- Kč/měsíčně

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, diabetickou, žlučnickovou, které činí 270,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj, které činí 320,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučnicková strava + 2 L pokoj



16 500,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 270,- Kč denně
- b) za ubytování 2 L pokoj, které činí 280,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučnicková strava + 1 L malý pokoj



16 500,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 270,- Kč denně
- b) za ubytování 2 L pokoj, které činí 280,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučnicková strava + 1 L pokoj se společným sociálním zařízením pro dva pokoje



18 600,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 270,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj + soc. zařízení, které činí 350,- Kč denně

Normální, diabetická, žlučníková strava + 2 L velký pokoj (5. oddělení)



17 700,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 270,- Kč denně
- b) za ubytování 2 L pokoj, které činí 320,- Kč denně

Diabetická – DIA vyživovací strava + 1 L pokoj



18 000,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu diabetickou, které činí 280,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj, které činí 3200,- Kč denně

Diabetická - DIA vyživovací strava + 2 L pokoj



16 800,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu diabetickou, které činí 280,- Kč denně
- b) za ubytování 2 L, které činí 280,- Kč denně

Diabetická - DIA vyživovací strava + 1 L malý pokoj



16 800,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu diabetickou, které činí 280,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj, které činí 280,- Kč denně

Diabetická – DIA vyživovací strava + 2 L velký pokoj (5. oddělení)



18 000,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu diabetickou, které činí 280,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj, které činí 320,- Kč denně

Diabetická – DIA vyživovací strava + 1 L pokoj se společným sociálním zařízením pro dva pokoje



18 900,- Kč/měsíčně.

Stanovená úhrada zahrnuje náklady:

- a) za stravu normální, které činí 280,- Kč denně
- b) za ubytování 1 L pokoj se soc. zařízením, které činí 350,- Kč denně

a)

| | |
|--|-------------|
| Normální, diabetická, žlučnicková strava + jednolůžkový pokoj | 17 700,0 Kč |
| Normální, diabetická, žlučnicková strava + dvoulůžkový pokoj | 16 500,0 Kč |
| Normální, diabetická, žlučnicková strava + jednolůžkový malý pokoj | 16 500,0 Kč |
| Normální, diabetická, žlučnicková strava + dvoulůžkový velký pokoj | 17 700,0 Kč |
| Normální, diabetická, žlučnicková strava + jednolůžkový pokoj se společným soc. zařízením pro dva pokoje | 18 600,0 Kč |
| Diabetická vyživovací strava + jednolůžkový pokoj | 18 000,0 Kč |
| Diabetická vyživovací strava + dvoulůžkový pokoj | 16 800,0 Kč |
| Diabetická vyživovací strava + jednolůžkový malý pokoj | 16 800,0 Kč |
| Diabetická vyživovací strava + dvoulůžkový velký pokoj | 18 000,0 Kč |
| Diabetická vyživovací strava + jednolůžkový pokoj se společným soc. zařízením pro dva pokoje | 18 900,0 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, 23. 1. 2018; 4. 8. 2020, 16. 1. 2022, 8. 8. 2022, 1. 3. 2023, 30. 9. 2025

Aktualizace dokumentu: v Litvínově – Janově dne: 2. 3. 2026

Zpracovala: Mgr. Magdaléna Hejlová – vedoucí sociálního úseku _____

Schválil: Ing. Vladimír Vopelka _____

Ceník fakultativních a zprostředkovaných služeb Od 1. 3. 2026

Domov pro seniory

Úhrada klientů při využívání fakultativních služeb na základě kalkulace za:

Dopravu osobním automobilem (nepaušální)

Použitý automobil

Kč/km

Ford Transit Custom

8,00 Kč



FORD E-Transit L3/H2 350 TREND

8,00 Kč



Dacia Dokker

8,00 Kč



Dacia Lodgy

7,00 Kč



Škoda Octavia

8,00 Kč



Renault Kango

9,00 Kč



BMW 13

7,00 Kč



Nissan E-NV200 EVALIA

8,00 Kč



Služby mobilní sítě Vodafone pod smlouvou DSS volání

229,00 Kč



šk Domovy
sociálních služeb
Litvínov



Služby mobilní sítě Vodafone pod smlouvou DSS

volání + internet 2 GB

363,00 Kč



šk Domovy
sociálních služeb
Litvínov



Služby mobilní sítě Vodafone pod smlouvou DSS

volání + internet 5 GB

435,00 Kč



šk Domovy
sociálních služeb
Litvínov



Služby mobilní sítě Vodafone pod smlouvou DSS
volání + internet 10 GB

477,00 Kč



ok Domovy sociálních služeb Litvínov



Litvínov - Janov
Vydala: Ing. Helena Šušotová

Ing. Vladimír Vopelka
ředitel DSS Litvínov

AAK verze: Mgr. Magdaléna Hejlová

Domovy sociálních služeb Litvínov,
státní příspěvková organizace
Litvínov, Jiráskova 100
477 01 Litvínov, IČO: 477 01 001