

Informacja do BIP o wynikach kontroli doraźnej przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 220

sporządzona w oparciu o art. 4, ust. 1, pkt 1 w związku z art. 6, ust. 1 pkt 4, lit. a ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1764 z późn. zm.).

Temat kontroli:

Wizytacja obiektu w związku z wnioskiem o zmianę decyzji zezwalającej na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 220, w części dotyczącej liczby miejsc rzeczywistych.

Planowane zwiększenie liczby miejsc rzeczywistych do 174, tj., o 54 w typie przeznaczonym dla osób przewlekle somatycznie chorych.

Czas przeprowadzenia kontroli: 27 czerwca 2018 r.

Ustalenia kontroli:

W dniu 8 lipca 2008 r. Wojewoda Kujawsko-Pomorski wydał decyzję znak: WPS.VI.AMi.9013/19/2008 zezwalającej Miastu Toruń na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 220.

W dniu 14 czerwca 2018 r. Prezydent Miasta Torunia wystąpił z wnioskiem do Wojewody Kujawsko – Pomorskiego o zmianę powyższej decyzji w części dotyczącej ilości miejsc rzeczywistych tj. zwiększenie o 54 miejsca w typie domu dla osób przewlekle somatycznie chorych (dotychczas 45 miejsc rzeczywistych, po zwiększeniu 99).

W wyniku przeprowadzonej w dniu 27 czerwca 2018 r. przez inspektorów Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko – Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy wizytacji Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu ustalono, że ww. obiekt posiada warunki lokalowe do zwiększenia ilości miejsc rzeczywistych – zgodnie ze złożonym wnioskiem.

W zakresie realizacji usług opiekuńczych i wspomagający Dom posiada wymagany wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

Uwagi i wnioski z kontroli:

Biorąc pod uwagę wniosek strony oraz zgromadzony materiał dowodowy organ uznał, że spełnione zostały wszystkie z wymienionych przesłanek uzasadniających zmianę opisanej wyżej decyzji.

Zespół kontrolujący
Oddziału Kontroli i Nadzoru
w Pomocy Społecznej:

Akceptuję:

.....
/Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej/

.....

.....