

**Protokół**  
**kontroli doraźnej przeprowadzonej w nieruchomości**  
**przy ulicy Głównej 20a/4 w Jabłonowie Pomorskim**

**1. Oznaczenie jednostki kontrolowanej:**

Nieruchomość przy ul. Głównej 20a/4  
87-330 Jabłonowo Pomorskie

REGON **380673575**  
NIP **8741019824**

**Imię i Nazwisko Kierownika jednostki kontrolowanej:**

..... – właściciel prowadzący działalność gospodarczą

**2. Jednostka kontrolująca:**

Wydział Polityki Społecznej Kujawsko - Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego  
w Bydgoszczy.

**3. Imię i Nazwisko oraz stanowisko służbowe kontrolerów:**

..... - inspektor wojewódzki w Wydziale Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego  
Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, na podstawie upoważnienia  
do kontroli nr 427/2019 z dnia 23 lipca 2019 r. wydanego przez Wojewodę Kujawsko-  
Pomorskiego

.....- inspektor wojewódzki w Wydziale Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego  
Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, na podstawie upoważnienia do kontroli nr 427/2019  
z dnia 23 lipca 2019 r. wydanego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego; kierująca  
zespołem kontrolnym.

**4. Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych**

Kontrolę przeprowadzono w dniu 26 lipca 2019 r.

**5. Przedmiot kontroli:**

Ustalenie stanu faktycznego w zakresie prowadzenia placówki całodobowej opieki.

**6. Okres objęty kontrolą:** Stan bieżący.

**7. Fakt przeprowadzenia kontroli nie odnotowano – brak książki kontroli.**

## **W niniejszym protokole zastosowano następujące skróty i oznaczenia:**

- **ustawa o pomocy społecznej** – ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 ze zm.);
- **rozporządzenie w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej** – rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. Nr 61, poz. 543 ze zm.);
- **mieszkaniec** – osoba przebywająca w nieruchomości przy ul. Głównej 20a/4, 87-330 Jabłonowo Pomorskie;
- **podmiot kontrolowany, jednostka, placówka, obiekt, jednostka kontrolowana** – nieruchomość przy ul. Głównej 20a/4 87-330 Jabłonowo Pomorskie.

## **Uzasadnienie podjęcia kontroli doraźnej**

Ustalenie charakteru działalności prowadzonej w nieruchomości położonej w Jabłonowie Pomorskim przy ulicy Głównej 20a/4, w związku z powziętą przez Wydział Polityki Społecznej informacją dotyczącą prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku bez wymaganego w tym zakresie zezwolenia Wojewody Kujawsko-Pomorskiego.

## **Ustaień kontrolnych dokonano na podstawie:**

- a) oględzin obiektu,
- b) informacji otrzymanych od .....

## **Opis stwierdzonego w wyniku kontroli stanu faktycznego kontrolowanej jednostki.**

### **1. Stan prawny prowadzonej działalności.**

Podstawę prawną funkcjonowania usług opiekuńczych realizowanych przez panią .....w Jabłonowie Pomorskim stanowi dokument z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Pani .....7 kwietnia 2018 roku rozpoczęła działalność gospodarczą pod nazwą „Usługi opiekuńcze.....” Działalność obejmuje opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, w podeszłym wieku przebywającymi całodobowo w nieruchomości położonej w Jabłonowie Pomorskim przy ulicy Główna 20a/4. W trakcie czynności kontrolnych Pani .....poinformowała zespół inspektorów o zamiarze zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej jako usług opiekuńczych do dnia 10 października 2019 r.

### **2. Budynek i jego otoczenie.**

Jednostka mieści się w budynku parterowym. Pani .....w trakcie kontroli powiadomiła zespół kontrolny, że lokal mieszkalny w którym przebywają mieszkańcy jest wydzielony z dawnych pomieszczeń gospodarczych. Budynek posiada wejście niedostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, które prowadzi do sieni/holu. W toku kontroli ustalono, że Pani..... nie jest właścicielem ww. budynku. Dzierżawcą nieruchomości na podstawie „Umowy dzierżawy nr 2/2018 ” jest małżonek pan .....Umowa została zawarta z Miastem i Gminą Jabłonowo Pomorskie - Zakładem Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Jabłonowie Pomorskim ul. Wigury 6. Umowa jest na czas określony tj. od 9 kwietnia 2018 roku do 8 kwietnia 2021 roku.

### **3. Pomieszczenia mieszkalne.**

Mieszkańcy zajmują jeden pokój o powierzchni 35 m<sup>2</sup>, pokój ten jest wyposażony w 5 specjalistycznych łóżek wraz z 4 stolikami nocnymi, meblościankę, lodówkę, mały okrągły stolik oraz komodę. Kuchnia oraz łazienka są współdzielone z dzierżawcą lokalu panem .....i jego żoną panią..... Drugi pokój o wymiarach 20 m<sup>2</sup> jest do wyłącznej dyspozycji Państwa..... Kuchnia mieszcząca się w placówce wyposażona jest w podstawowy sprzęt gospodarstwa domowego. Znajdują się w niej 2 kuchenki gazowe, 2 lodówki, zmywarka.

Zgodnie z art. 68 ust. 5 pkt 1 i pkt 2 ustawy o pomocy społecznej, placówka powinna posiadać pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia oraz pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia. Zespół kontrolny stwierdził, iż pomieszczenie do prania i suszenia wyposażone w pralkę mieści się we wspólnej łazience. Natomiast brak jest pokoju dziennego pobytu służącego jako jadalnia.

### **4. Warunki sanitarne.**

W budynku do dyspozycji mieszkańców przeznaczona jest łazienka współdzielona z dzierżawcą i jego żoną, wyposażona w prysznic, umywalkę, toaletę i pralkę. Pomieszczenie nie jest dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, brak jest uchwytów oraz zastosowano prysznic z brodzikiem.

Powyższe warunki sanitarne są nie zgodne z art. 68 ust. 5 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej.

### **5. Wyżywienie i organizacja posiłków.**

Podczas czynności kontrolnych pani .....poinformowała zespół kontrolny, że w ciągu dnia mieszkańcy mają zapewnione 5 posiłków w postaci śniadania, II śniadania, obiadu, podwieczorku i kolacji, które otrzymują w godzinach:

- śniadanie – godz. 6.30 – 7:00
- II śniadanie – godz. 10.00-10.30;
- obiad - godz.11.30-12.30;
- podwieczorek – godz. 14.00-14.30;
- kolacja – godz. 17.00 – 17.30

Posiłki nie wynikają ze wskazań lekarskich- brak diet oraz rozpiski jadłospisu. Dania przygotowywane są na miejscu w pomieszczeniu kuchennym z produktów zakupionych przez panią .....Wszyscy mieszkańcy wymagają pomocy podczas karmienia. Spożywanie posiłków odbywa się w pokoju mieszkalnym. Przerwa między posiłkami jest krótsza niż 4 godziny.

### **6. Zabezpieczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Zakup i podawanie leków.**

Według informacji udzielonej w dniu kontroli przez panią....., wszyscy mieszkańcy objęci są opieką zdrowotną na zasadach ogólnych podstawowej opieki zdrowotnej przez NZOZ „Nasz Lekarz” Przychodnia Medycyny Rodzinnej .....mieszczącej się przy ulicy Kościelnej 6 w Jabłonowie Pomorskim.

Ustalono także, że Pani .....nie posiada żadnej dokumentacji medycznej mieszkańców. Dokumentacja mieszkańców dotycząca świadczenia opieki zdrowotnej znajduje się w ww. Przychodni. Ponadto Pani .....znajduje się w posiadaniu leków każdego mieszkańca, które zakupuje osobiście na podstawie wystawionych recept i zleceń lekarskich.

Kontrolujący zwrócili uwagę na fakt podawania leków przez panią....., która nie posiada kwalifikacji do wykonywania tych czynności. Pani..... oświadczyła, że „*Leki podaje sama według rozpiski lekarza .....w Jabłonie Pomorskim. Leki są przechowywane w osobnych pojemnikach z rozpiskami*”.

## **7. Wykaz osób przebywających w nieruchomości na dzień kontroli tj. 26 lipca 2019 r.**

W dniu kontroli w nieruchomości przebywały 4 osoby ( 3 kobiety i 1 mężczyzna Pani....., i pan.....). Jak ustalono, ww. mieszkańcy nie posiadają umów o świadczenie usług w placówce. W zakresie regulowania odpłatności przez osoby przebywające w jednostce pani .....oświadczyła, że „*Nie mam umów z rodzinami oraz osobami przebywającymi. Odpłatność otrzymuje na konto w PKO od rodzin. W przypadku pani..... z MOPS w Nowym Mieście Lubawskim. Nie posiadam dokumentacji przelewów*”. Na podstawie uzyskanych informacji od pani .....można stwierdzić, że opłata za pobyt w jednostce kontrolowanej jest zróżnicowana z tytułu wysokości posiadanych świadczeń przez mieszkańca. Ponadto ww. poinformowała zespół kontrolny, iż osoby przebywają w placówce od:

- pani..... od 2 lat,
- pani..... od miesiąca,
- pani..... od miesiąca,
- pan .....od tygodnia.

W trakcie kontroli Pani .....poinformowała, iż wszystkie osoby przebywające w nieruchomości są zdolne do wyrażania swojej woli i żadna z nich nie jest ubezwłasnowolniona.

Pani .....nie potrafiła określić konkretnych dat przybycia mieszkańców. W odniesieniu do Pani .....oraz....., ww. poinformowała zespół kontrolny, iż są to osoby z nią spokrewnione, jednak Pani .....nie uprawdopodobniła tej informacji.

## **8. Stan zdrowia i sprawność fizyczna.**

Na podstawie opisu mieszkańców sporządzonych przez Panią .....wszystkie osoby przebywające w nieruchomości są w podeszłym wieku i przewlekle chore. Schorzenia jakie występują to otępienie i choroba Alzheimera. Ponadto pan..... jest po amputacji prawej kończyny dolnej. Pod względem sprawności ruchowej wszystkie osoby przebywające w placówce są osobami leżącymi. Ponadto wszystkie osoby używają pieluchomajtek. W ocenie Pani .....wymagają także całodobowej opieki.

## **9. Zakres świadczonych usług przez placówkę.**

Jednostka świadczy całodobowe usługi opiekuńcze, wynika to z rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej przez Panią.....

Z ustaleń kontrolerów wynika, iż w obiekcie są świadczone usługi w zakresie:

- utrzymania codziennej higieny osobistej,
- przygotowywania posiłków,
- ubierania i rozbierania,
- podawania leków,
- kontaktów z otoczeniem ( spotkania z rodziną),

- dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej.

Pani .....powiadomiła, iż nie zatrudnia żadnych pracowników. Przy sprawowaniu opieki i wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych wspomaga ją siostra Pani..... Oferta czasu wolnego dostosowana jest do potrzeb danego mieszkańca.

Czas wolny mieszkańcy spędzają przede wszystkim na rozmowach przy kawie, herbacie i ciastku. Ponadto oglądają programy TV.

Kontrolujący poinformowali Panią .....o konsekwencjach prowadzenia działalności bez zezwolenia wojewody. Ponadto wyjaśnili warunki wynikające z przepisów ustawy o pomocy społecznej, które należy spełnić w celu uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Na tym protokół zakończono.

Poprzez zamieszczenie w protokole kontroli niżej wymienionych pouczeń kontrolerzy poinformowali jednostkę kontrolowaną o przysługujących mu uprawnieniach z mocy przepisów rozporządzenia z dnia 23 marca 2005r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. Nr 61, poz. 543 z późn. zm.), tj.:

1. Kierownik jednostki podlegającej kontroli może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.
2. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez kierownika jednostki podlegającej kontroli nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez zespół inspektorów i sporządzenia zaleceń pokontrolnych.
3. Kierownikowi jednostki podlegającej kontroli przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole.
4. Zastrzeżenia zgłasza się na piśmie do dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.
5. W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń do protokołu kontroli, termin odmowy podpisania protokołu wraz z podaniem jej przyczyn biegnie od dnia doręczenia kierownikowi jednostki podlegającej kontroli stanowiska dyrektora właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego wobec zastrzeżeń.
6. Pisemne zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli są poddawane analizie przez kontrolujący daną jednostkę zespół inspektorów.
7. Zespół inspektorów przeprowadza dodatkowe czynności kontrolne, jeżeli z analizy zastrzeżeń wynika potrzeba ich podjęcia.
8. Z przeprowadzonych dodatkowych czynności kontrolnych sporządza się protokół.
9. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń, w całości lub w części, zespół inspektorów zajmuje stanowisko na piśmie i przekazuje je do akceptacji dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy.

10. Stanowisko w sprawie zgłoszonych zastrzeżeń przekazuje się kierownikowi jednostki podlegającej kontroli

Protokół został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których po jednym otrzymują:

1. Pani.....– właściciel prowadzący działalność gospodarczą,
2. Wojewoda Kujawsko – Pomorski.

**Podpis Zespołu Kontrolującego:**

.....

Inspektor wojewódzki

.....

.....

Inspektor wojewódzki

.....

Podpis Kierownika jednostki kontrolowanej

Pieczęć jednostki kontrolowanej

.....

.....

Miejscowość, data .....