

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHS.9020.2.3.2024

Opatów dnia 11.09.2024 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Teresa Dyka starszy asystent w Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska, upoważnienie do kontroli nr 817 /2024,
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Opatowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 572).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku
Zochcinek 42, 27-500 Opatów
tel. 15 868-28-18, 15 868-35-94
e-mail: dps@zochcinek.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku z Filią w Opatowie ul. Szpitalna 4
Zochcinek 42, 27-500 Opatów
tel. 15 868-28-18, 15 868-35-94
e-mail: dps-@zochcinek.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
p. Jarosław Basak – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku z Filią w Opatowie ul. Szpitalna 4
Zochcinek 42, 27-500 Opatów
tel. 15 868-28-18, 15 868-35-94
e-mail: dps-@zochcinek.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 8631020140 REGON: 000302528, PKD: 87.20.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
p. Jarosław Basak – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Renata Suska – p.o. Kierownik Warsztatów Terapii Zajęciowej nr 2 w Opatowie.
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 11.09.2024 r. od godz. 13⁴⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia - podmiot nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 48 ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 236).
4. Data i godzina zakończenia kontroli 11.09.2024 r. od godz. 14²⁵
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna dot. wykonania nakazów decyzji nr 64/8/NHZ/2024 z dnia 10.04.2024 r. znak sprawy: NHS.9020.2.3.2024 w Warsztatach Terapii Zajęciowej nr 2 w Opatowie, ul. Szpitalna 4.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* Nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* Nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* Nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów Nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli – nie oceniano
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli -----

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Pełna nazwa jednostki: Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku, Zochcinek 42, 27-500 Opatów

Status prawny: Samorządowa jednostka organizacyjna przeznaczona dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz przewlekle psychicznie chorych

Nazwa organu tworzącego: Rada Powiatu Opatowskiego

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Kontrolę sanitarną dot. wykonania nakazów decyzji nr 64/8/NHZ/2024 z dnia 10.04.2024 r. znak sprawy: NHS.9020.2.3.2024 w Warsztatach Terapii Zajęciowej nr 2 w Opatowie, ul. Szpitalna 4 przeprowadzono w związku z zawiadomieniem o wcześniejszym wykonaniu nakazów decyzji (pismo z dnia 31.07.2024 r. podpisane przez Pana Dyrektora Jarosława Basaka).

Pkt 1. wykonano - poprzez doprowadzenie do właściwego stanu technicznego ściany przy ciągach wentylacyjnych (przy sufitach w pracowniach: komputerowej, krawieckiej, dekoratorsko/plastycznej).

Pkt 2. wykonano - poprzez doprowadzenie do odpowiedniego stanu zniszczone ściany z odpryskami farby do wysokości lamperii we wszystkich pracowniach i korytarzach.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
 - a) Nie dotyczy

Wobec nie stwierdzonych nieprawidłowości nie będzie prowadzone dalsze postępowanie administracyjne.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. ----- nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości słownie nie dotyczy

(nr mandatu karnego nie dotyczy

(podstawa prawna) nie dotyczy

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr ----- z dnia ----- wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Opatowie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w Zochcinku
27-500 Opatów, woj. świętokrzyskie
tel./fax (15) 868 28 18
REGON 000302528

STARSZY ASYSTENT

.....
Teresa Dyka

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17.09.2024 r.

p.o. Dyrektora
Domu Pomocy Społecznej
w Zochcinku

.....
Jarosław Basak

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** -----
(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić