

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ w ZOCHCINKU	
Wpłynęło w dniu	26.06.2025
L. dz.	339a/2025
Podpis	

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NSP.9020.1.37.2025

Opatów, 24.06.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Lucyna Mizera upoważnienie do kontroli z dnia 13.06.2025 r. nr 516/2025 i Lucyna Zdyb upoważnienie do kontroli z dnia 13.06.2025 r. nr 515/2025 Sekcja Nadzoru Środowiska Pracy
(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 Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. 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

Organ prowadzący: Powiat Opatowski ul. Sienkiewicza 17, 27- 500 Opatów (imię i nazwisko/pełna nazwa
(inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 8631020140 REGON: 000302528, PKD: 87 20 Z

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Jarosław Basak – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku
(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Iwona Nowakowska – p.o. Kierownik Działu Opiekuńczo -Terapeutycznego Budynku A
Stańsława Włodarczyk – Kierownik Działu Opiekuńczo -Terapeutycznego Budynku B
Dorota Podsiadło - p.o. Kierownik Filii DPS w Opatowie
Marcin Lenart – p.o. Kierownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej
Marta Waszczyk – Kierownik kuchni
Zuzanna Pożoga - Starszy specjalista

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 24.06.2025 r. od godz. 09¹⁰ do godz. 14⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia –
Kontrola przeprowadzona bez 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 z późn.zm.).
4. Data i godzina zakończenia kontroli 26.06.2025 r. od godz. 09³⁵ do godz. 11⁴⁵
Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1,0 godz.
5. Zakres przedmiotowy kontroli:
Ocena stanu sanitarnego, ocena realizacji wymogów w zakresie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy związanych z warunkami pracy oraz narażenia na radon.
6. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
Nie dotyczy
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
Nie dotyczy
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie dotyczy
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - Ocena narażenia zawodowego przeprowadzona na stanowiskach pracy w DPS w Zochcinku
 - Informacja o zapoznaniu z ryzykiem zawodowym na stanowiskach pracy
 - Rejestr podejrzeń i zachorowań na choroby zawodowe
 - Badania i pomiary na stanowiskach pracy
 - Rejestr badań i pomiarów czynników
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy

Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02

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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku z Filią w Opatowie przeznaczony jest dla osób z prawem stałego pobytu w DPS, zamieszkują tu osoby z prawem pobytu w mieszkaniach aktywizujących oraz uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej Nr 1 i Nr 2 w Opatowie.



Warsztaty Terapii Zajęciowej Nr 2 w Opatowie przy ul. Szpitalnej 4 przeznaczone są dla 80 uczestników. Zlokalizowane są w budynku wielokondygnacyjnym z dostosowaniem dla potrzeb osób niepełnosprawnych. W skład warsztatów wchodzi pracownie: krawiecka, gospodarstwa domowego, cukiernicza, fryzjersko-kosmetyczna, komputerowa, administracyjno-biurowa, aktywności społecznej, muzyczna, teatralna, rehabilitacji ruchowej, projektowania i wyrobu biżuterii, przyrodnicza, techniczna, plastyczna, dekoratorska oraz porządku i higieny. Ponadto zorganizowano węzły sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz pomieszczenia biurowe. Wszystkie pomieszczenia wyposażone w podstawowe sprzęty zgodnie z przeznaczeniem. Podczas kontroli uzyskano informację, że Warsztaty Terapii Zajęciowej nr 2 w Opatowie mają zostać przeniesione po przerwie wakacyjnej na teren Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku.

Zatrudnionych na Warsztatach jest ogółem 30 osób:

- kierownik – 1 osoba,
- księgowy – 1 osoba na ½ etatu,
- pomoc administracyjna - 1 osoba,
- instruktor terapii zajęciowej – 19 osób,
- kierowca – 4 osoby,
- sprzątaczkę – 2 osoby,
- fizjoterapeuta – 1 osoba.

Warsztaty Terapii Zajęciowej nr 1 i nr 2 pracują w systemie pracy I zmianowej od 7 do 15, zajęcia w ww. pracowniach odbywają się w zależności od przybycia uczestników warsztatów.

Pracownicy posiadają aktualne badania lekarskie wykonane przez lekarza medycyny pracy. Zakład posiada umowę na świadczenia medyczne – Umowa z dnia 10.01.2012 r. podpisana z NZOZ Omega w Ostrowcu Św. oś. Odrody 10A/2. Skontrolowano następującą dokumentację:



3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

Nieprawidłowości zawarte w pkt. 1 – 4 narusza § 14 i § 16 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. poz.1650 z późn. zm.), § 2 ust. 2 załącznika nr 3 Wymagania dla pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. poz.1650 z późn. zm.).

W dniu 26.06.2025 r. uzgodniono telefonicznie z Panem Jarosławem Basakiem Dyrektorem Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku termin usunięcia usterek technicznych do dnia 31.10.2025 r.

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

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego podstawa prawna).....

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

(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)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Młodszy Asystent

Bełkoci
Młodszy Asystent

dyb

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.06.2025 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** W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu/obiektu - F/HP/01, Formularz kontroli sanitarnej - F/HP/02,

(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