|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A - ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ NOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DO SÍTĚ** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ÚDAJE O POSKYTOVATELI SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **Název poskytovatele sociální služby** |  | | | | | | | | |
| **Identifikátor** *(pokud byl přidělen)* |  | | | | | | | | |
| **Právní forma** |  | | | | | | | | |
| **Sídlo poskytovatele/adresa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adresa/y místa poskytování sociální služby** *(u terénní formy služby adresa sídla poskytovatele)* |  | | | | | | | | |
| **Druh sociální služby** *(§ dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)* |  | | | | | | | | |
| **Formy poskytování** *(ambulantní, terénní, pobytová)* |  | | | | | | | | |
| **Popis okruhu osob, pro které je služba určena podle výčtu stanoveného ve formuláři Údaje o registrované sociální službě (cílová skupina+věková struktura)** |  | | | | | | | | |
| **Územní dostupnost služby** *(konkrétní obce/OÚORP/kraj)* |  | | | | | | | | |
| **Kapacita** *(upřesnění ve vztahu k časové jednotce, ze které byla kapacita počítána, případné uvedení doplňující kapacity, se kterou poskytovatel pracuje;na základě čeho byla nastavena dostupná kapacita služby)* |  | | | | | | | | |
| Datum plánovaného začátku poskytování sociální služby |  | | | | | | | | |
| **Žadatel** souhlasí s poskytováním a aktualizací údajů o sociální službě a s každoročním vykazováním dat za sociální službu do Krajského informačního systému sociálních služeb (KISSoS) |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACE K ZAVÁDĚNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **POTŘEBNOST SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **KOMENTÁŘ POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY** *(vyplní poskytovatel/žadatel o registraci)* | | | | | | | | | |
| Uveďte, zda je služba v souladu s aktuálně platným strategickým dokumentem pro plánování rozvoje sociálních služeb na území, pro které je sociální služba určena *(název strategického dokumentu a konkrétní opatření/cíl)* |  | | | | | | | | |
| Uveďte, s jakým specifickým cílem a opatřením zaměřeným na rozvoj je nově zřizovaná služba v souladu v rámci dokumentu s*třednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji* *(konkrétní opatření/cíl)* |  | | | | | | | | |
| Popište, jakým způsobem byla zjištěna potřebnost zřízení sociální služby *(název konkrétní studie, analýzy, poptávka u SP obce s doplňujícím textem, počet odmítnutých zájemců o danou sociální službu apod.)* |  | | | | | | | | |
| Popište nepříznivé sociální situace, které chcete řešit poskytováním sociální služby |  | | | | | | | | |
| **DOSTUPNOST SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **KOMENTÁŘ POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY** *(vyplní poskytovatel/žadatel o registraci)* | | | | | | | | | |
| Popište, z jakých lokalit budete přijímat uživatele (bude sociální služba určena i pro žadatele z jiných krajů ?) |  | | | | | | | | |
| Popište možnosti zajištění dopravy za uživateli *(vyplňují pouze terénní sociální služby - např. počet aut, využívání MHD, pomocí zapůjčených kol), zajištění dopravy uživatelů do zařízení (v případě ambulantní formy služby).* |  | | | | | | | | |
| Popište prostory, ve kterých bude služba poskytována s ohledem na jejich bariéry *(vyplňují pouze ambulantní a pobytové sociální služby, s ohledem na okruh osob, kterým bude sociální služba poskytována)* |  | | | | | | | | |
| Uveďte předpokládanou provozní dobu sociální služby  *(blíže upřesněte vaše možnosti s ohledem na potřeby uživatelů).* |  | | | | | | | | |
| Uveďte, v jakém čase, ve kterých dnech je uživatelům k dispozici sociální pracovnice/pracovníci) |  | | | | | | | | |
| Popište obsazení provozní doby pracovníky v přímé péči *(zdravotními, pedagogickými, sociálními pracovníky dle pracovních pozic, které máte ve službě zřízeny - harmonogram obsazení směn).* |  | | | | | | | | |
| **NÁKLADOVOST SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **KOMENTÁŘ POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY** *(vyplní poskytovatel/žadatel o registraci)* | | | | | | | | | |
| Uveďte všechny předpokládané zdroje příjmů (výnosy na sociální službu v Kč) dle uvedeného členění | **Plánované zdroje financování na 1 kalendářní rok provozu sociální služby** | | |  | | | | | |
| **Dotace MPSV poskytnutá prostřednictvím krajského rozpočtu** |  | |
| **Příspěvky od Úřadu práce ČR** |  | |
| **Dotace od obcí - *(vypsat obec / částka)*** |  | |
| **Příspěvek od zřizovatele obce / kraje** |  | |
| **Úhrady od uživatelů služby** |  | |
| **Fondy zdravotních pojišťoven** |  | |
| **Fondy EU (evropské zdroje)** |  | |
| Jiné zdroje |  |  | |  | | | | | |
| Uveďte plánovaný rozpočet sociální služby na 1 kalendářní rok v uvedeném členění | **1. Provozní náklady celkem** |  | |  | | | | | |
| 1.1. Materiálové náklady |  | |
| 1.2. Nemateriálové náklady |  | |
| 1.3. Jiné provozní náklady |  | |
| **2. Osobní náklady celkem** |  | |
| 2.1. Mzdové náklady |  | |
| z toho: | x | |
| 2.1.1. hrubé mzdy zaměstnanců |  | |
| 2.1.2. DPČ, DPP |  | |
| 2.2. Odvody na sociální a zdravotní pojištění |  | |
| **NÁKLADY CELKEM** |  | |
| Uveďte sazebník úkonů poskytovaných za úhradu *(úhrada za základní/fakultativní činnosti)\** |  | | | | | | | | |
| **Popište personální obsazení služby rozčleněné dle zřízených pracovních pozic s uvedením pracovních úvazků těchto pracovníků** | **Personální zajištění služby** | **Přepočtené úvazky pracovníků** | |  | | | | | |
| **Pracovníci přímé péče celkem:** |  | |
| z toho: | x | |
| sociální pracovník |  | |
| pracovníci v sociálních službách |  | |
| zdravotnický personál |  | |
| pedagogický pracovník |  | |
| **Pracovníci nepřímé péče celkem:** |  | |
| z toho: | x | |
| vedoucí pracovníci |  | |
| obslužný personál |  | |
| administrativní pracovníci |  | |
| **KVALITA A PROVÁZANOST SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | | | | | |
| **KOMENTÁŘ POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY** *(vyplní poskytovatel/žadatel o registraci)* | | | | | | | | | |
| Kdo, kde a jakým způsobem bude jednat se zájemci o sociální službu? *(popiště všechny plánované možnosti )* |  | | | | | | | | |
| Kdy se bude provádět sociální šetření a co bude jeho obsahem? |  | | | | | | | | |
| Co bude předmětem posuzování žádosti zájemce? |  | | | | | | | | |
| Popište, jakou formou bude moci být uzavřena smlouva o poskytování sociální služby a co bude obsahovat za ujednání? |  | | | | | | | | |
| Popište, jak budete mít nastaven proces individuálního plánování poskytování sociální služby a způsob přehodnocování úspěšnosti poskytování sociální služby |  | | | | | | | | |
| Uveďte počet uživatelů, který bude připadat na jednoho klíčového pracovníka *(s ohledem na definici své kapacity)*? Určete pracovní pozice pracovníků, kteří budou vykonávat roli klíčového pracovníka. |  | | | | | | | | |
| Popište možnosti spolupráce s poskytovateli jiných druhů sociálních služeb, případně návaznost na další sociální služby |  | | | | | | | | |
| Uveďte, na jaké konkrétní související činnosti bude vaše služba navazovat *(např. možnosti mezirezortní spolupráce*) |  | | | | | | | | |
| Popište ukončení spolupráce na řešení nepříznivé sociální situace uživatele sociální služby |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Osoba odpovědná za vyplnění žádosti** |  | | **Telefon** |  | **Email** |  | | | |
| **Statutární zástupce** |  | | **Telefon** |  | **Email** |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* pouze u služeb za úhradu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Příloha A1**

**Čestné prohlášení o pravdivosti údajů k Žádosti o zařazení nové sociální služby do sítě sociálních služeb Olomouckého kraje**

**Osoba odpovědná za vyplnění žádosti A:………………………………………..**

tímto **čestně prohlašuje,**

že v **Žádosti o zařazení nové sociální služby do sítě sociálních služeb Olomouckého kraje**, jejíž je toto prohlášení nedílnou přílohou, byly uvedeny přesné, pravdivé a úplné údaje. Pokud by uvedené informace byly shledány jako nepravdivé, bude **Žádost o zařazení sociální služby do sítě sociálních služeb Olomouckého kraje** vyřazena z evidence žádostí a nebude dále posuzována.

V ..................... dne ....................

..................................

podpis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B - ŽÁDOST O AKCEPTACI ZMĚNY V JEDNOTKÁCH U SOCIÁLNÍ SLUŽBY, KTERÁ JE SOUČÁSTÍ SÍTĚ** | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |  |
| **ÚDAJE O POSKYTOVATELI SOCIÁLNÍ SLUŽBY** *(vyplní poskytovatel sociální služby/žadatel o registraci)* | | | | | | | | | | |
| **Název poskytovatele sociální služby** |  | | | | |  |  | |  | |
| **Identifikátor** |  |  | | | |  | |  | |  |
| **Právní forma** |  |  | | | |  | |  | |  |
| **Adresa/y místa poskytování sociální služby** *(u terénní formy služby adresa sídla poskytovatele)* |  | | | | | | | | | |
| **Druh sociální služby** *(§ dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů),* **ve které má být požadovaná změna provedena** |  | | | | | | | | | |
| **Podrobné odůvodnění žádosti:** |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **Uveďte přesné datum, od kterého je žádána aktualizace jednotek na příslušný rok:** |  | | | | | | | | | |
| **Oblast změny** | **stávající stav** | | |  | **stav po změně** | | | | | |
| Navýšení / snížení počtu lůžek u pobytových služeb sociální péče a sociální prevence |  | | | |  | | | | | |
| Navýšení / snížení počtu pracovníků v přímé péči u ambulantních a terénních forem sociální péče, sociální prevence a odborného sociálního poradenství |  | | | |  | | | | | |
| Poskytovatel sociální služby souhlasí s poskytováním údajů o sociální službě do Krajského informačního systému sociálních služeb (KISSoS) |  | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **Osoba odpovědná za vyplnění žádosti** |  | | **Telefon** |  | **Email** |  |  | |  | |
| **Statutární zástupce** |  |  | **Telefon** |  | **Email** |  | |  | |  |

**Příloha B 1**

**Čestné prohlášení o pravdivosti údajů k Žádosti o akceptaci změn u sociální služby, která je součástí sítě sociálních služeb v Olomouckém kraji**

**Osoba odpovědná za vyplnění žádosti B:………………………………………..**

tímto **čestně prohlašuje,**

že v **Žádosti o akceptaci změn u sociální služby, která je součástí sítě sociálních služeb v Olomouckém kraji**, jejíž je toto prohlášení nedílnou přílohou, byly uvedeny přesné, pravdivé a úplné údaje. Pokud by uvedené informace byly shledány jako nepravdivé, bude **Žádost o akceptaci změn u sociální služby, která je součástí sítě sociálních služeb v Olomouckém kraji** vyřazena z evidence žádostí a nebude dále posuzována.

V ..................... dne ....................

..................................

podpis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VYJÁDŘENÍ OÚORP K POTŘEBNOSTI SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | |
| **ÚDAJE O SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ A POSKYTOVATELI** | | | | | |
| **Název poskytovatele sociální služby** |  | | | | |
| **Identifikátor** *(pokud byl přidělen)* |  | | | | |
| **Druh sociální služby** *(§ dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)* |  | | | | |
| **Kritérium** | **Slovní vyjádření ANO/NE** | | | | |
| Považujete zřízení dané sociální služby v územně správním obvodu ORP za potřebné? ANO/NE (podrobně odůvodněte). V případě kladné odpovědi uveďte způsob, jakým byla potřebnost zjišťována. Podklady možno doložit přílohou (analýzy, výzkumy, šetření). |  | | | | |
| Je zřízení, či podpora dané sociální služby zahrnuta v komunitním plánu, či jiném strategickém dokumentu obce (ve vztahu k území, na kterém má služba působit)? ANO/NE (V případě že ano, uveďte název dokumentu a konkrétní opatření vztahující se ke službě). |  | | | | |
| Bude provoz nově zřízené sociální služby částečně financován z rozpočtu obce (ve vztahu k území, na kterém má služba působit)? ANO/NE (podrobně odůvodněte) V případě, že ano, uveďte výší podpory, či jiný způsob podpory sociální služby. |  | | | | |
| Vyjádření pověřené osoby (člen Skupiny ORP) |  | | | | |
|
|
|
| **Osoba odpovědná za vyplnění vyjádření (osoba pověřená členem Skupiny ORP k vyplnění žádosti)** |  | **Telefon** |  | **Email** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VYJÁDŘENÍ OÚORP K POTŘEBNOSTI SOCIÁLNÍ SLUŽBY** | | | | | |
| **ÚDAJE O SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ A POSKYTOVATELI** | | | | | |
| **Název poskytovatele sociální služby** |  | | | | |
| **Identifikátor** *(pokud byl přidělen)* |  | | | | |
| **Druh sociální služby** *(§ dle z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)* |  | | | | |
| **Kritérium** | **Slovní vyjádření ANO/NE** | | | | |
| Považujete zvýšení (aktualizaci) jednotek u dané sociální služby v územně správním obvodu ORP za potřebné? ANO/NE (podrobně odůvodněte). V případě kladné odpovědi uveďte způsob, jakým byla potřebnost zjišťována. Podklady možno doložit přílohou (analýzy, výzkumy, šetření). |  | | | | |
| Je navýšení (aktualizace) jednotek a podpora dané sociální služby zahrnuta v komunitním plánu, či jiném strategickém dokumentu obce (ve vztahu k území, na kterém má služba působit)? ANO/NE (V případě že ano, uveďte název dokumentu a konkrétní opatření vztahující se ke službě). |  | | | | |
| Bude provoz sociální služby s navýšenými (aktualizovanými) jednotkami částečně financován z rozpočtu obce (ve vztahu k území, na kterém má služba působit)? ANO/NE (podrobně odůvodněte) V případě, že ano, uveďte výší podpory, či jiný způsob podpory sociální služby. |  | | | | |
| Vyjádření k aktualizaci jednotek pověřené osoby (člen Skupiny ORP). |  | | | | |
|
|
|
| **Osoba odpovědná za vyplnění vyjádření (osoba pověřená členem Skupiny ORP k vyplnění žádosti)** |  | **Telefon** |  | **Email** |  |