



Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej	<b>PS-03</b> <b>Sprawozdanie zakładu stacjonarnego pomocy społecznej</b>	Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl  Urząd Statystyczny 31-223 Kraków ul. Kazimierza Wyki 3
Numer identyfikacyjny – REGON	<b>według stanu w dniu 31 XII 2021 r.</b>	Termin przekazania: do 28 stycznia 2022 r.

Obowiązek przekazywania danych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 995). Zbierane na tym formularzu dane podlegają bezwzględnej ochronie zgodnie z zasadą tajemnicy statystycznej (art. 10 ustawy o statystyce publicznej).

(e-mail sekretariatu jednostki sporządzającej sprawozdanie – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)

## Dział 1. Dane ogólne

<b>1</b>	Typ placówki <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/> 1 dom pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 2 rodzinny dom pomocy <input type="checkbox"/> 3 placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej środowiskowy dom samopomocy lub inny ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży <input type="checkbox"/> 6 noclegownia <input type="checkbox"/> 7 schronisko dla bezdomnych <input type="checkbox"/> 8 pozostałe
<b>2</b>	Rodzaj placówki <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/> 1 dom lub ośrodek	<input type="checkbox"/> 2 filia
<b>3</b>	Placówka dla <sup>b)</sup>	<input type="checkbox"/> 1 osób w podeszłym wieku <input type="checkbox"/> 2 osób przewlekle somatycznie chorych <input type="checkbox"/> 3 osób przewlekle psychicznie chorych <input type="checkbox"/> 4 dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie <input type="checkbox"/> 5 dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie <input type="checkbox"/> 6 osób niepełnosprawnych fizycznie <input type="checkbox"/> 7 osób uzależnionych od alkoholu <input type="checkbox"/> 8 matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży <input type="checkbox"/> 9 osób bezdomnych <input type="checkbox"/> 10 innych osób	<input type="checkbox"/> 4 Organ prowadzący <sup>c)</sup> <input type="checkbox"/> 1 samorząd wojewódzki <input type="checkbox"/> 2 samorząd powiatowy <input type="checkbox"/> 3 miasto na prawach powiatu <input type="checkbox"/> 4 samorząd gminny <input type="checkbox"/> 5 stowarzyszenie <input type="checkbox"/> 6 organizacja społeczna <input type="checkbox"/> 7 Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe <input type="checkbox"/> 8 fundacja <input type="checkbox"/> 9 osoba fizyczna i prawna
<b>5</b>	Przystosowanie jednostki do potrzeb osób niepełnosprawnych <sup>d)</sup>	<input type="checkbox"/> 1 pochylnia/podjazd/platforma ułatwiająca wejście do budynku <input type="checkbox"/> 2 drzwi wejściowe do budynku automatycznie otwierane <input type="checkbox"/> 3 windy <input type="checkbox"/> 4 w tym windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich <input type="checkbox"/> 5 pokoje/pokoje z łazienkami przystosowane dla osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 6 łazienki przystosowane dla osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 7 udogodnienia dla osób słabowidzących i niewidomych <input type="checkbox"/> 8 udogodnienia dla osób niedosłyszących i niesłyszących <input type="checkbox"/> 9 posadzki antypoślizgowe <input type="checkbox"/> 10 inne <input type="checkbox"/> 11 brak udogodnień
<b>6</b>	Miejsca <sup>e)</sup> (Stan w dniu 31 XII)	<input type="checkbox"/> 1	
<b>7</b>	Osoby	oczekujące na umieszczenie <sup>f)</sup> (Stan w dniu 31 XII)	<input type="checkbox"/> 1
		po raz pierwszy umieszczone w ciągu roku <sup>g)</sup>	<input type="checkbox"/> 2

<sup>a)</sup> Należy zakreślić tylko jedną odpowiedź. Patrz objaśnienia na końcu formularza. <sup>b)</sup> Domy pomocy społecznej oraz placówki świadczące usługi dla różnych grup mieszkańców sporządzają jedno sprawozdanie – mogą zaznaczyć maksymalnie 3 symbole, zgodnie z prowadzoną działalnością. Symbole te muszą odpowiadać grupom mieszkańców wykazanym w kolejnych kolumnach w dziale 2. Natomiast pozostałe typy placówek: rodzinny dom pomocy, dom dla matek z dziećmi, noclegownia, schronisko oraz pozostałe – sporządzają jedno sprawozdanie, zaznaczając 1 symbol zgodnie z typem, według którego zostały zarejestrowane. <sup>c)</sup> Organem prowadzącym jest ten podmiot (bez względu na źródło finansowania), któremu jednostka samorządu terytorialnego zleciła prowadzenie placówki, lub któremu dała zezwolenie. Należy zakreślić tylko jedną odpowiedź <sup>d)</sup> Można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź. Patrz objaśnienia na końcu formularza.

<sup>e)</sup> Umieszczone na stałe w sali sypialnej, zajęte przez mieszkańca lub gotowe do jego przyjęcia. <sup>f)</sup> Informację można uzyskać w jednostce prowadzącej rejestrację osób oczekujących, np. w wydziale zajmującym się sprawami pomocy społecznej w powiecie. <sup>g)</sup> Osoby, które po raz pierwszy w życiu trafiły do zakładu stacjonarnego pomocy społecznej (bez osób przeniesionych z innych placówek).

## Dział 2. Mieszkańcy<sup>a)</sup>

Wyszczególnienie		Grupy mieszkańców					
		I		II		III	
		ogółem	w tym kobiety <sup>b)</sup>	ogółem	w tym kobiety <sup>b)</sup>	ogółem	w tym kobiety <sup>b)</sup>
0		1	2	1	2	1	2
Symbol (z działu 1 punkt 3)		01					
<b>Liczba mieszkańców w dniu 31 XII</b> (suma wierszy 04 do 13)		02					
do 18 lat (suma wierszy 04 do 07)		03					
W wieku lat	z wiersza 03 w wieku lat	0–3	04				
		4–6	05				
		7–13	06				
		14–17	07				
	18–39	08					
	40–59	09					
	60–64	10					
	65–74	11					
	75–79	12					
80 i więcej	13						
Z wiersza 02	mieszkańcy opłacający pobyt przynajmniej w części z dochodów własnych (np. emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego)		14	x	x	x	x
	w tym opłacający pobyt w pełnej wysokości		15	x	x	x	x
	pełna odpłatność członków rodziny		16	x	x	x	x
	pełna odpłatność gminy/budżetu państwa		17	x	x	x	x
zwolnieni z odpłatności (niewykazani w wierszu 17)		18	x	x	x	x	
Osoby nieopuszczające łóżek		19	x	x	x	x	
<b>Liczba mieszkańców w roku sprawozdawczym<sup>c)</sup></b>		20					
Osobodni pobytu mieszkańców <sup>d)</sup>		21	x	x	x	x	

<sup>a)</sup> Zakład świadczący usługi dla jednej grupy mieszkańców wypełnia kolumnę I, wpisując w wierszu 01 jej symbol (zgodny z zakreślonym w dziale 1 pkt 3). Placówka świadcząca usługi dla różnych grup mieszkańców wypełnia kolumnę I i II lub I, II i III, wpisując w wierszu 01 odpowiadające im symbole (zgodne z zakreślonymi w dziale 1 pkt 3). <sup>b)</sup> Osoby płci żeńskiej bez względu na wiek. <sup>c)</sup> Liczba mieszkańców, którzy przebywali w placówce w ciągu roku, niezależnie od długości pobytu (osoba wykazana jeden raz w roku). Należy uwzględnić obecnych mieszkańców, jak również osoby, które ubyły w ciągu roku, np. zmarłe, przeniesione do innej placówki itp. <sup>d)</sup> Suma liczby dni pobytu mieszkańców zakładu w okresie roku sprawozdawczego (przebywających, urlopowanych oraz skierowanych na leczenie).

## Dział 3. Pracujący w głównym miejscu pracy (w osobach) – stan w dniu 31 XII<sup>a)</sup>

Ogółem <sup>b)</sup>	01		Pielęgniarki	03		Fizjoterapeuci	05	
w tym lekarze	02		w tym magistry pielęgniarstwa	04		w tym magistry	06	

<sup>a)</sup> Należy wykazać wszystkie osoby pracujące, niezależnie od formy zatrudnienia, dla których jest to główne (pierwsze) miejsce pracy. Filie podają dane o pracujących i wolontariuszach w swoim sprawozdaniu. Jednostka świadcząca usługi dla różnych grup mieszkańców wykazuje jeden raz osobę pracującą, np. dla dwóch grup mieszkańców, tj. na dwóch oddziałach. <sup>b)</sup> Bez wolontariuszy.

Liczba osób pracujących na zasadach wolontariatu (w roku sprawozdawczym)

## Pytania uzupełniające sprawozdanie w związku z COVID - 19

Liczba mieszkańców w ciągu roku, u których zdiagnozowano COVID-19	1		w tym liczba mieszkańców zmarłych w ciągu roku z powodu COVID-19	2	
Liczba pracujących w ciągu roku w głównym miejscu pracy, u których zdiagnozowano COVID-19			3		

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnianego formularza	1		Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	
--	---	--	--	---	--

(e-mail kontaktowy w zakresie sporządzonego sprawozdania – WYPELNIAC WIELKIMI LITERAMI)

(telefon kontaktowy  
w zakresie sporządzonego sprawozdania)

(miejscowość, data)

## Objaśnienia do formularza PS-03

**Uwaga:** W e-mailu każdy znak powinien zostać wpisany w odrębnej kratce.

Przykład wypełniania e-maila:

Z E N O N . K O W A L S K I @ X X X . Y Y Y . P L

Sprawozdanie dotyczy **stacjonarnych** zakładów pomocy społecznej oraz wybranych ośrodków wsparcia posiadających miejsca **całodobowe** okresowego pobytu, np. środowiskowy dom samopomocy (forma pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi).

**Dom pomocy społecznej** świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Pobyt w domu jest odpłatny. W zależności od tego, dla kogo placówki są przeznaczone, dzielą się na domy dla: osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, uzależnionych od alkoholu.

Wojewoda prowadzi **rejestr** domów pomocy społecznej i ogłasza go w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

**Rodzinny dom pomocy** świadczy osobom wymagającym z powodu wieku pomocy innych osób całodobowe usługi bytowe i opiekuńcze.

**Placówki** zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, **działające na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub statutowej**, świadczą, po uzyskaniu zezwolenia wojewody, usługi opiekuńcze i bytowe. Wojewoda prowadzi **rejestr** tych placówek.

„**Pozostałe**” – placówki typu centrum wsparcia rodziny, ośrodek wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, centrum interwencji kryzysowej – udzielają wsparcia, w tym schronienia osobom i rodzinom w stanie kryzysu.

**Miejsca całodobowe** okresowego pobytu w ośrodkach wsparcia należy wpisać w dziale 1 punkt 6.

**Rok sprawozdawczy** – w rozumieniu rok kalendarzowy.

**Przystosowanie jednostki do potrzeb osób niepełnosprawnych** – należy zaznaczyć wszystkie przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych znajdujące się w placówce. Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

**pkt 1** – pochylnie/podjazdy/platformy spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1065),

**pkt 2** – drzwi wejściowe do budynku otwierane automatycznie, o szerokości co najmniej 90 cm oraz spełniające inne wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie,

**pkt 3** – windy – należy zaznaczyć, jeśli w placówce jest winda osobowa,

**pkt 4** – windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – należy zaznaczyć jeżeli w placówce jest przynajmniej jedna winda spełniająca wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki w placówce i ich usytuowanie,

**pkt 5** – pokoje/pokoje z łazienkami zaprojektowane i wyposażone w przystosowania dla osób niepełnosprawnych (m.in. odpowiednie uchwyty, poręcze, udogodnienia wymienione w pkt 7, 8, 9 i inne udogodnienia),

**pkt 6** – łazienki zaprojektowane i wyposażone w przystosowania dla osób niepełnosprawnych (m.in. odpowiednie uchwyty, poręcze, udogodnienia wymienione w pkt 7, 8, 9 i inne udogodnienia),

**pkt 7** – udogodnienia dla osób słabowidzących i niewidomych, m.in. ścieżki dotykowe i dotykowe znaki ostrzegawcze, oznaczenia w alfabecie Braille’a, informacje głosowe, sygnalizacja dźwiękowa, oznakowanie kolorystyczne, stosowanie kontrastu,

**pkt 8** – udogodnienia dla osób niedosłyszących i niesłyszących – m.in. sygnalizacja świetlna, zapewnienie tłumacza języka migowego,

**pkt 10** – inne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (z różnymi rodzajami dysfunkcji) występujące w placówkach.