

Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Мордовия

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

г. Саранск
(место составления акта)

“ 11 ” февраля 20 21 г.
(дата составления акта)
09ч. 00 мин.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ 11

По адресу/адресам:

юридический:

- 431750, Республика Мордовия, Большеберезниковский район, с. Большие Березники, ул. Московская, д. 23;

адреса мест осуществления деятельности:

- 431750, Республика Мордовия, Большеберезниковский район, с. Большие Березники, ул. Московская, д. 23.

(место проведения проверки)

На основании: приказа Территориального органа Росздравнадзора по Республике Мордовия № П13-22/21 от 05.02.2021г.

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания населения Республики Мордовия «Дом-интернат «Березники»

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ ” 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность

“ ” 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 3 рабочих дня
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Мордовия

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной проверки)

Не требуется

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

Не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лица, проводившие проверку :

- Ломаткина О.Б. (председатель) – начальник отдела организации контроля в сфере предоставления медицинских услуг;
- Финогеева Ольга Михайловна – главный государственный инспектор отдела организации контроля в сфере предоставления медицинских услуг.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____
(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): _____

нарушений не выявлено:

В предписании № 23 от 02.10.2020г. были указаны следующее нарушение:

1. Приложения №1 для психоневрологических интернатов приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 ноября 2014 г. N 940н "Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений"

– структура представлена отделением самообслуживания (76 человек), и двумя отделениями милосердия (по 25 человек). Штатным расписанием, утвержденным приказом ГБУСОН РМ «Дом-интернат «Березники» от 09.01.2020 №3, в учреждении предусмотрены: врачебные специальности 1,0 ставка врача-психиатра, 0,5 ставки врача-терапевта, средний медицинский персонал – старшая медицинская сестра 1,0 ставка, фельдшер 0,5 ставки, медицинская сестра палатная 15,0 ставок, медицинский дезинфектор 1,0. Не предусмотрено: медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, врач-стоматолог, лаборант и др., что не соответствует рекомендуемым штатным нормативам приложения №1 для психоневрологических интернатов.

Из поступившего ответа в адрес Территориального органа Росздравнадзора по Республике Мордовия следует, что учреждением приняты меры по устранению нарушений.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного)

представителя)

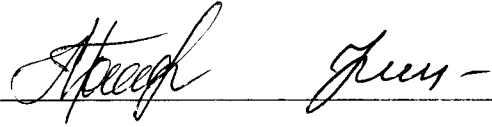
Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: не имеется.

Подписи лиц, проводивших проверку: _____



С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“ 11 ” февраля 20 21 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)