



Žádost o poskytování pobytové sociální služby



(dle požadované služby označte jednu z možností)

- Domov pro seniory (DS)** - služba je poskytována osobám ve věku od 65 let se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž nepříznivá životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nepříznivou životní situaci nelze řešit jinou sociální službou.
- Domov se zvláštním režimem (DZR)** - služba je poskytována osobám ve věku od 60 let s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, jejichž stav při péči o vlastní osobu vyžaduje ve zvýšené míře dohled, podporu a péči, kterou není možné zajistit rodinnými příslušníky ani jiným typem sociálních služeb.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)** - služba je poskytována mužům od 18 let s mentálním postižením, kombinovaným postižením, kteří se v důsledku svého zdravotního stavu ocitli v nepříznivé sociální situaci. Tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami ani za pomoci jiných druhů sociálních služeb nebo rodiny. Mentální postižení může být kombinováno s jiným nedominujícím smyslovým postižením.
- Chráněné bydlení (CHB)** - služba je poskytována mužům od 18 - 64 let s lehkým až středně těžkým mentálním postižením, případně kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje individuální podporu či pomoc jiné fyzické

1. Žadatel		
.....		
jméno	příjmení	rodné příjmení
Datum a místo narození:	Rodinný stav:	Státní občanství:
Adresa trvalého bydliště žadatele:		
.....		
ulice, číslo	obec	PSČ
Kontakt na žadatele: (telefonní číslo, emailová adresa)		
		
Adresa současného bydliště: (pokud je odlišná od trvalého bydliště)		
.....		
ulice, číslo	obec	PSČ
Je žadatel omezen ve svéprávnosti?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
2. Opatrovník		
.....		
jméno	příjmení	

Kontakt na opatrovníka: (adresa, telefonní číslo, emailová adresa)

ulice, číslo

obec

PSČ



3. Kontaktní osoba (osoba blízká, rod. příslušník) pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí

jméno

příjmení

Kontakt na osobu blízkou: (adresa, telefonní číslo, emailová adresa)

ulice, číslo

obec

PSČ



Příbuzenský vztah k žadateli:

4. Důvod žádosti o sociální službu

Z jakého důvodu máte zájem o poskytování sociální služby. Co od sociální služby očekáváte?

5. V případě, že žádost bude přijata, ale nebude možné uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby z kapacitních důvodů:

- přeji si žádost zrušit
- přeji si žádost zařadit do pořadníku žadatelů a čekat na uvolnění místa

6. Dokumenty potřebné k žádosti o poskytnutí sociální služby:

- aktuální vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
- psychiatrickou zprávu pokud žádám o sociální službu (DZR, DOZP, CHB)
- doklad o zastupování žadatele (kopii usnesení o omezení svéprávnosti, usnesení o ustanovení opatrovníka či zastoupení členem domácnosti)
- můj životní příběh

7. Prohlášení žadatele (opatrovníka)

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl pravdivě.

V souladu s nařízením EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR) beru na vědomí, že zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace, je založeno na základě zákonnosti tj. přítomnosti právního důvodu zpracování. Bez poskytnutých údajů by nebylo možné žádost a přijetí do zařízení uskutečnit. Osobní údaje, poskytnuté v žádosti, slouží jako podklad pro uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové služby sociální péče v Domově u rybníka Víceměřice, příspěvková organizace.

V dne

Podpis žadatele, opatrovníka

8. Informace o dalším postupu

Po přijetí Vaší žádosti Domov u rybníka Víceměřice posoudí, zda spadáte do cílové skupiny uživatelů a zda je Vaše přijetí možné. Posouzení proběhne zpravidla do 30 dnů od podání kompletní žádosti. O této skutečnosti budete písemně vyrozuměn/a. Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete zařazeni do pořadníku žadatelů. Poté, co se kapacita uvolní, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a uzavřena Smlouva o poskytování služby.

(vyplní sociální pracovnice Domova u rybníka Víceměřice)

Datum doručení žádosti

Evidenční číslo žádosti

Podací razítko

Můj životní příběh

Jedná se o zachycení důležitých okamžiků v životě zájemce o sociální službu (dětství, dospělost, zaměstnání, rodina, záliby, vzpomínky apod.)

Získané informace slouží pracovníkům pro plánování sociální služby.

Děkujeme za spolupráci.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro účely poskytování sociální služby



(dle požadované služby označte jednu z možností)

- Domov pro seniory (DS)** - služba je poskytována osobám ve věku od 65 let se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž nepříznivá životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nepříznivou životní situaci nelze řešit jinou sociální službou.
- Domov se zvláštním režimem (DZR)** - služba je poskytována osobám ve věku od 60 let s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, jejichž stav při péči o vlastní osobu vyžaduje ve zvýšené míře dohled, podporu a péči, kterou není možné zajistit rodinnými příslušníky ani jiným typem sociálních služeb.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)** - služba je poskytována mužům od 18 let s mentálním postižením, kombinovaným postižením, kteří se v důsledku svého zdravotního stavu ocitli v nepříznivé sociální situaci. Tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami ani za pomoci jiných druhů sociálních služeb nebo rodiny. Mentální postižení může být kombinováno s jiným nedomínujícím smyslovým postižením.
- Chráněné bydlení (CHB)** - služba je poskytována mužům od 18 - 64 let s lehkým až středně těžkým mentálním postižením, případně kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje individuální podporu či pomoc jiné fyzické

Vyplní praktický/ošetřující lékař zájemce o pobytovou službu

1. Jméno a příjmení žadatele:	Datum narození:
Adresa trvalého bydliště:	
2. Anamnéza:	
3. Diagnóza: a) hlavní diagnóza (podle MKN se slovním doplněním)	
b) ostatní choroby	
4. Duševní stav: a) psychotická onemocnění (projevy onemocnění, způsob léčby)	

b) demence (typ demence a její projevy)

c) deprese (projevy a způsob léčby)

d) agresivita (specifikujte její podobu, frekvenci a možné opatření ke zvládnutí této agrese)

e) alkohol či jiné návykové látky (specifikujte, zda se jedná o aktuální závislost)

f) jiné:

5. Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti:

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je žadatel upoután trvale - převážně na lůžku?	ANO	NE
Je žadatel schopen polohy v sedě?	ANO	NE
Je žadatel schopen se sám - najíst	ANO	NE
- vykoupat	ANO	NE
- obléci	ANO	NE
- obout	ANO	NE

6. Sluch:

normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší
----------	------------	---------------	---------

7. Zrak:

normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
----------	-----------------	--------------	----------

8. Inkontinence moči:

ANO NE

9. Inkontinence stolice:

ANO NE

10. Porucha příjmu potravy a tekutin:

ANO NE

11. Potřebuje žadatel lékařské ošetření

ANO trvale - občas - NE

12. Kompenzační pomůcky, které žadatel používá:

hůl	francouzské hole	pevné chodítko	kolové chodítko
invalidní vozík	toaletní křeslo	dioptrické brýle	naslouchadlo
jiné:			

13. Alergie:

14. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných zdrav. pracovišť, které zájemce navštěvuje)

Psychiatrie

Neurologie

Kardiologie

Plicní

Diabetologie

Jiné:

15. Doporučení k poskytování služby v Domově se zvláštním režimem (Domov s vyšší mírou dohledu, zabezpečující ochranu před vznikem možných rizik z důvodu ztráty orientace v prostoru mimo zařízení).

ANO - NE

16. Požadované přílohy:

a) dle potřeby vyjádření odborného lékaře, kde je žadatel dispenzarizován

b) kopie posledních lékařských zpráv (propouštěcích zpráv) specializovaných pracovišť

c) potvrzení o bezinfekčnosti - před nástupem do Domova u rybníka Víceměřice

17. Posouzení, zda zdravotní stav žadatele nevylučuje žadatele z poskytnutí pobytové sociální služby dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

ANO - NE

b) žadatel trpí akutní infekční nemocí, pro niž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb

ANO - NE

c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

ANO - NE

Toto vyjádření lékaře nenahrazuje zdravotní dokumentaci

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do DS/DZR/DOZP/CHB a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.

V dne
Razítko a podpis lékaře

Vyjádření smluvního lékaře Domova u rybníka Víceměřice, příspěvková organizace (dle potřeby):

V dne
Razítko a podpis lékaře