Evidenční číslo žádosti: Přijato dne:

Podpis přijímajícího pracovníka:

**ŽÁDOST**

**O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

 **DOMOV PRO SENIORY**

 **DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

 **ODLEHČOVACÍ SLUŽBA**

**Datum požadovaného přijetí …………………………**

**Datum ukončení pobytu …………………………**

|  |
| --- |
| **1 Jméno, příjmení, titul žadatele****r****Rodné příjmení** |
| **Datum narození** | **Místo narození** |
| **Státní příslušnost** | **Zdravotní pojišťovna** |
| **Trvalý pobyt -** ulice, č.p., město, PSČ |
| **Telefon**  | **E-mail** |
| **Adresa, na** **které se žadatel v současné době zdržuje pokud je odlišná od místa trvalého pobytu** |
| **Rodinný stav** **Svobodná/ý Vdaná Ženatý**  **Rozvedený/á Vdova Vdovec**  |
| **Životní povolání** |
| **Jakou sociální službu v současné době využíváte (domácí péče, osobní asistence, pečovatelská služba atd.)** |

|  |
| --- |
| **Jméno a adresa ošetřujícího praktického lékaře** |

|  |
| --- |
| **Kontaktní osoba** |
| **Jméno, příjmení** | **Vztah k žadateli** | **Adresa** | **Telefon****E-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Souhlas se zpracováním osobních údajů**Byl/a jsem informován/a o postupu při jednání se zájemcem o sociální službu. Organizace zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a dále v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání svých osobních a citlivých osobních údajů v souvislosti s využitím sociální služby za účelem vyřízení žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace. |

|  |
| --- |
| **Zástupce (zmocněnec, opatrovník): je-li žadatel/ka dotčen/a ve způsobilosti k právním****úkonům, doložte usnesení soudu, který ve věci rozhodl, má-li žadatel zmocněnce, doložte plnou moc.****Rozhodnutí soudu v**  |
| **Jméno, příjmení, titul opatrovníka / zmocněnce** |  |
| **Adresa opatrovníka / zmocněnce** |  |

|  |
| --- |
| **Příspěvek na péči ano ne** **Žádost podána ano ne datum****Příspěvek na péči nebyl přiznán****Adresa úřadu, kde byla žádost podána:****Výše příspěvku na péči: 1. stupeň 2. stupeň 3. stupeň 4. stupeň****Vyplácí úřad:** |
| **Co žadatel očekává od poskytované sociální služby**  |
| **Osobní cíl žadatele (čeho chce prostřednictvím služby dosáhnout, co od služby očekává)** |

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsme si vědom toho, že

nepravdivé údaje by měly za následek odstoupení od smlouvy o poskytnutí sociální péče.

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

Byl/a jsem informován/a o postupu při jednání se zájemcem o sociální službu. Organizace zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a dále v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání svých osobních a citlivých osobních údajů v souvislosti s využitím sociální služby za účelem vyřízení žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace.

Souhlasím, aby do mé dokumentace nahlíželi osoby způsobilé k výkonu sociálního a zdravotnického povolání a ředitel zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

V …………………………….. Dne ………………………

……………………………………….

Vlastnoruční podpis žadatele

nebo jeho zákonného zástupce

Informace o dalším postupu:

Žádost o poskytování sociální služby jsou evidované u sociálního pracovníka. Žádost je zařazena do evidence žádostí. Každý žadatel nebo jeho zástupce má možnost získat informace o aktuálním stavu své žádosti.

Přílohy k žádosti:

 Lékařský posudek o zdravotním stavu

 Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku

 Kopie rozhodnutí soudu o omezení k právním úkonům a listina o ustanovení opatrovníka, plná moc

Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice Domova pro seniory šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho zařízení pro Vás.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE, K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

 **DOMOV PRO SENIORY**

 **DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

 **ODLEHČOVACÍ SLUŽBA**

|  |
| --- |
| **1 Jméno, příjmení, titul žadatele** |
| **Datum narození** | **Rodné číslo** |
| **Zdravotní pojišťovna** |
| **Trvalý pobyt -** ulice, č.p., město, PSČ |

Očkování:

 TAT datum:

 Engerix datum:

 chřipka datum:

 pneumo datum:

**Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Medikace:

**Duševní stav** (potřeba specifické péče vyplývající z Alzheimerovy demence, demence jiného typu nebo jiného duševního onemocnění či poruchy, (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Hlavní psychiatrická diagnóza:

Jiná duševní porucha či onemocnění :

Přehled psychiatrické hospitalizace:

Psychiatrická medikace:

 Projevy agrese:

Alkoholismus:

**Diagnóza** (česky): Statistická značka hlavní choroby podle

a) hlavní mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby

**Přílohy:**

1. popis rtg. snímku plic (V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu),
2. výsledky vyšetření na bacilonosičství,
3. podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.

\*) Nehodící se škrtněte:

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO – NE \*)

Je upoután trvale – převážně\*) na lůžko ANO – NE \*)

Je schopen sám sebe obsloužit ANO – NE \*)

Orientován/a místem ANO – NE \*)

Orientován/a časem ANO – NE \*)

Orientován/a osobou ANO – NE \*)

Inkontinence:

Stupeň inkontinence - uveďte: močová - den / noc stolice - den / noc

Typ pomůcky: vložka - vložná plena - natahovací kalhotky – lepící kalhotky

Název pomůcky:

Potřebuje lékařské ošetření trvale ANO – NE \*)

 občas ANO – NE \*)

Má defekty na kůži ANO – NE \*)

Pokud ano, specifikujte:

Je pod dohledem odborného lékaře např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

Potřebuje zvláštní péči – jakou: ANO – NE \*)

Druh diety racionální (běžná) ANO – NE šetřící ANO – NE \*)

 diabetická ANO – NE jiná …………………………….

**Jiné údaje**

Datum …………………………… ……………………………….…….

 Podpis, razítko ošetřujícího lékaře