

Žádost o poskytování sociální služby

**v domově pro osoby se zdravotním postižením
Paprasek p.o. Velké Opatovice**

Datum podání žádosti:

Datum a způsob vyřízení žádosti:

1. Jméno a příjmení zájemce:
(popř. rodné příjmení)

2. Datum narození: Místo narození:

3. Adresa trvalého bydliště:
(obec, ulice, PSČ)

4. Adresa aktuálního pobytu:
(např. název zařízení, obec, ulice, PSČ)

5. Státní příslušnost:

6. Rodinný stav:

7. Životní povolání: (původní – vyučen) posledně zaměstnán (jako)

8. Druh důchodu: * měsíčně v Kč
(starobní, invalidní, sirotčí)

* (nemusí se vyplňovat, pouze v případě, že bude zájemce žádat o sníženou úhradu za pobyt)

9. Výše příspěvku na péči Kč, nepřiznán v řízení

(příspěvek se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob)

10. Čím zájemce odůvodňuje potřebu služby (uved'te potřeby, zájmy, záliby, přání)?

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

11. Co zájemce očekává od poskytovaných služeb v domově?

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

12. Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li zájemce zbaven způsobilosti k právním úkonům:

..... telefon:

rozhodnutím soudu v ze dne č.j.

13. Sociální kontakty – rodinní příslušníci (rodiče, manželka, děti, sourozenci, ostatní příbuzní):

Jméno a příjmení	Vztah k zájemci	Adresa včetně PSČ	Telefon, e-mail

14. Kdo v současné době pečuje o zájemce o službu?

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

15. Prohlášení zájemce (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i ukončení poskytování sociální služby v zařízení Paprsek, p.o. Velké Opatovice.

Beru na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální služby neprodleně sdělím já nebo mnou zvolená kontaktní osoba sociálním pracovníkům DOZP Paprsek, p. o. Velké Opatovice.

V souladu s nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů, které jsou nezbytné pro zajištění kvalitní a bezpečné sociální služby a to až do doby jejich archivace a skartace. Svým podpisem dávám souhlas, aby uvedený doklad (fotokopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, rozsudek okresního soudu, usnesení okresního soudu, listina o ustanovení opatrovníka) byl uložen v sociální dokumentaci v DOZP Paprsek p.o Velké Opatovice.

Dne
(vlastnoruční podpis zájemce nebo jeho zákonného zástupce)

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave zájemce

o poskytovaní sociálnej služby v domove pro osoby se zdravotním postižením Paprsek p.o. Velké Opatovice

1. Zájemce:

Jméno a příjmení: Zdravotní pojišťovna:

Narozen:
(den, měsíc, rok, místo)

Bydliště:
(obec, ulice, PSČ)

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

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

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

5. Diagnóza (česky):

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Posouzení závislosti zvládat základní životní potřeby (označte odpovídající variantu):

a) mobilita	zvládá	nezvládá	
b) orientace	zvládá	nezvládá	
c) komunikace	zvládá	nezvládá	
d) stravování	zvládá	nezvládá	
e) oblékání a obouvání	zvládá	nezvládá	
f) tělesná hygiena	zvládá	nezvládá	
g) výkon fyziologické potřeby	zvládá	nezvládá	
inkontinentní pomůcky	ANO	NE	
h) péče o zdraví			
zrak	vidí (s brýlemi)	špatně	nevidí
sluch	slyší dobře	špatně	neslyší
potřebuje lékařské ošetření trvale	ANO		NE
i) osobní aktivity	zvládá	nezvládá	
j) péče o domácnost	zvládá	nezvládá	

Je pod dohledem specializovaného oddělení např.

Plicního	ANO	NE
Neurologického	ANO	NE
Psychiatrického	ANO	NE
Ortopedického	ANO	NE
Chirurgického	ANO	NE
Interního	ANO	NE
poradny diabetické	ANO	NE
poradna protialkoholní	ANO	NE

Potřebuje zvláštní péči – jakou?

Jiné údaje (MRSA, HIV, HBsAg, TBC)

.....

Dne
(podpis a razítko lékaře)

7. Přílohy:

podle potřeby doložte (na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření).

**Pokyny k vyplnění žádosti o poskytování
sociální služby v domově pro osoby
se zdravotním postižením**

1. Žádost o poskytování sociální služby vyplňte čitelným hůlkovým písmem a zájemce (zákonný zástupce) se vlastnoručně podepíše.
2. Vyplněná žádost o poskytování sociální služby musí obsahovat:
 - vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce včetně uvedených příloh
 - zprávu odborného lékaře (psychiatra) pokud jej zájemce navštěvuje nebo je z lékařské zprávy patrné, že vyšetření je k posouzení žádosti nezbytné
 - kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
 - je-li zájemce zbaven způsobilosti k právním úkonům – kopii rozsudku o zbavení způsobilosti k právním úkonům **s vyznačením nabytí právní moci**
 - je-li zájemce zbaven způsobilosti k právním úkonům – kopii listiny o ustanovení opatrovníka a usnesení okresního soudu o ustanovení opatrovníka **s vyznačením právní moci**
3. V zájmu ochrany osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu zájemce upozorňujeme, že je nutné vyjádření lékaře po vyplnění přiložit v zalepené obálce.
4. Přijetí do pobytového zařízení Paprsek p. o. Velké Opatovice je podmíněno uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
5. Vyplněnou žádost můžete osobně přinést do zařízení Paprsek, p.o. Velké Opatovice, nebo zaslat na adresu:
**Paprsek, příspěvková organizace
K Čihadlu 679
679 63 Velké Opatovice**
6. Do 30 dnů od data podání žádosti obdržíte písemné vyrozumění o tom, že žádost byla přijata, zda je zařazena do evidence zájemců o službu, nebo zda je nutné doložit další přílohy. O blížícím se přijetí budete v dostatečném předstihu informováni telefonicky a písemně sociálními pracovníky.
7. V případě nezařazení do evidence zájemců o sociální službu je zájemci zasláno „oznámení o nezařazení do evidence zájemců o službu“ s důvody pro nezařazení.
8. V případě jakéhokoliv dotazu můžete kontaktovat sociální pracovníky zařízení v pracovních dnech v době od 8 – 13 hodin:

Mgr. Lucie Doležalová, Mgr. Rudolf Maňoušek, tel. +420 516 478 444, e-mail:
socialni.chb@paprsek.eu