**** **CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH
V Sídlišti 347, 330 22 Zbůch**
 **377 830 611**

**fax: 377 830 600**

**e–mail: info@centrumzbuch.cz**

# ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEBve smyslu § 90 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Rodné číslo** *[nepovinné]* |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Rodinný stav** *[nepovinné]* |  |
| **Vzdělání** *[nepovinné]* |  |
| **Poslední zaměstnání** *[nepovinné]* |  |
| **Adresa trvalého bydliště, PSČ** |  |
|  |
| **Adresa současného bydliště – liší-li se od bydliště trvalého**  |  |
|  |
| **Telefon**  |  |
| **Email**  |  |

|  |
| --- |
| **Žádám o sociální služby**: (označte vybraný typ sociální služby) |
| Domov pro osoby se zdravotním postižením ⃝ | Chráněné bydlení ⃝ |

|  |
| --- |
| **Žadatel žije**: ( označte volbu ) |
| Sám bez cizí pomoci ⃝  | sám s pomocí ⃝  | s rodinou ⃝ | v zařízení sociálních služeb ⃝ |
| **Žadatel bydlí:** ( označte volbu ) |
| Ve vlastním bytě nebo domě ⃝  | v pronájmu ⃝ | na ubytovně ⃝ | bez bydliště ⃝ |

|  |
| --- |
| **Využívám jinou sociální službu** ⃝ **ano - ne** ⃝( označte volbu ) |
| Ve : | od |
| **Potřebnou péči a podporu mi poskytuje:**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Důvod podání žádosti, co od služby očekáváte:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Žadateli je přiznán:** |
| Důchod | I. stupeň II. Stupeň III. stupeň | Ve výši měsíčně |
| Příspěvek na péči  | 1. | 2. | 3. | 4. | Ve výši měsíčně |
| Adresa kontaktního pracoviště, které příspěvek vyplácí:  |
|  |
| Příspěvek na živobytí:  |
| Příspěvek na bydlení: |
| Další příjem:  |

|  |
| --- |
| **Zletilý žadatel** ⃝ **je – není** ⃝ **omezen ve způsobilosti k právním úkonům** ( označte volbu)  |
| V rozsahu:  |
| Rozsudkem soudu v: č:  |
| Ze dne : |
| **Opatrovník**  | **Jméno**  |  |
| **Adresa**  |  |
| **Tel. + email**  |  |

|  |
| --- |
| **Prohlášení uživatele (popř. zákonného zástupce/opatrovníka)**  |
| * Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že poskytování sociální služby je možné jen na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb (vyjma dětí, které mají soudně nařízenou ústavní výchovu).
* Podepsání smlouvy předchází jednání se zájemcem o sociální službu.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) bere na vědomí, že při vyřizování žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb dochází ke zpracování osobních údajů, které v žádosti uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení žádosti a v případech úspěšných žadatelů po celou dobu čekání na uvolnění kapacity. Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností poskytovatele sociálních služeb a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče.
* Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník), je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.
* Kontaktní osoba, pokud je v žádosti také uvedena, musí s poskytnutím svých osobních údajů souhlasit. Je tedy nezbytné, aby kontaktní osoba vyplnila a přiložila k žádosti formulář „Souhlas se zpracováním osobních údajů kontaktní osoby“.
* **Žadatel (zákonný zástupce/opatrovník) zároveň prohlašuje, že veškeré údaje, které jsou v žádosti uvedené, jsou pravdivé**.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V případě plné kapacity soc.služby žádám o zařazení do pořadníku čekatelů**  | ⃝ **Ano**  | **Ne** ⃝ |

|  |  |
| --- | --- |
| Ve dne  | Podpis žadatele nebo zákonného zástupce |

**Lékařský posudek o zdravotním stavu**

**osoby, která žádá o poskytování sociální služby- Domov pro osoby se zdravotním postižením,**

**Chráněné bydlení:**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení** |
| **Rodné číslo**  | **Zdravotní pojišťovna**  |
| **Anamnesa** (rodinná, osobní, počet sourozenců, jejich zdravotní stav) |
| **Aktuální medikace**  |
| **Alergie** |
| **Používané ortopedické pomůcky** |
| **Používané inkontinenční pomůcky**  |
| **Schopen chůze bez pomoci jiné osoby** | **ANO** | **NE** |
| **Upoután trvale na lůžko** | **ANO** | **NE** |
| **Epilepsie**  | **ANO**  | **NE** |
| **Schopen sebeobsluhy** | **ANO** | **NE** |
| **Je schopen zácviku k jednoduché práci** | **ANO** | **NE** |
| **Je schopen pobytu v otevřeném zařízení s volným pohybem mimo areál**  | **ANO** | **NE** |
| **Je schopen samostatného bezpečného pohybu mimo zařízení**  | **ANO** | **NE** |
| **Žadatel trpí nebo trpěl závislostí na alkoholu nebo omamných látkách** | **ANO** | **NE**  |
| **Nosí brýle**  | **ANO**  | **NE** |
| **Potřebuje zvláštní péči, jakou** |
| **Výška cm** | **hmotnost kg** | **KT** |
| **Moč: bílkovina cukr** |
| **Rtg vyšetření srdce a plic (pokud je indikováno)** |
| **V péči ortopeda – jméno a adresa lékaře** Výsledky odborného ortopedického vyšetření – příloha  |
| **V péči neurologa – jméno a adresa lékaře** Výsledky odborného neurologického vyšetření – příloha  |
| **V péči psychiatra – jméno a adresa lékaře** Výsledky odborného psychiatrického vyšetření – příloha |
| **Duševní stav –** specifikujte obtíže a způsoby dosavadní léčby |
| **Agresivita –** specifikujte její podobu, intenzitu, frekvenci a způsob jejího zvládnutí  |
| **Bacilonosičství (pokud je indikováno)** |
| **OČKOVÁNÍ u žadatelů starších patnácti let** |
| **Proti žloutence dne:** | **Proti tetanu dne:**  |
| **LÉKAŘSKÝ NÁLEZ (CELKOVÝ)** |
| **DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR** **(u oligofrenie stupeň)** | **Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu** |
| **Informace pro lékaře:** Neúplně či nepravdivé informace i zdravotním stavu žadatele mohou být důvodem k neuzavření smlouvy nebo jejímu ukončení.  |
| **Vyplnil: jméno lékaře**  |
| **Adresa:** |
| **Telefon:** | **Email:**  |
| **V:** | **Dne:**  |
| **Razítko a podpis lékaře:**  |

Přílohy: Kopie dalších vyšetření, pokud jsou indikovány nebo jiné důležité zprávy dle uvážení lékaře