**** **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 SLUŽEB ve 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