

Žádost o poskytnutí služby sociální péče

Číslo jednací:	Datum přijetí:	Datum odmítnutí:
----------------	----------------	------------------

Žadatel/ka

Jméno, příjmení, titul.....

Rodné příjmení.....

Datum a místo narození:.....

Trvalý pobyt:.....

Doručovací adresa:

telefon, email:

Proč podáváte žádost? Co od naší služby očekáváte?

Kdo Vám s podáním žádosti pomáhá?

Jméno, příjmení:

Vztah k Vaší osobě:

Telefon, email:

Bydlel/a jste již v jiném pobytovém zařízení sociální péče? (pokud ano, uveďte ve kterém, dobu pobytu a důvod opuštění zařízení)

Název zařízení:

Doba pobytu:

Důvod ukončení služby:

Žádost o poskytování služby sociální péče DOZP Rudné u Nejdku

Kde se v době podání žádosti nacházíte?

- a) ve zdravotnickém zařízení:
název zdravotnického zařízení:
datum zahájení hospitalizace: důvod:
- b) v domácím prostředí
- c) v jiném pobytovém sociálním zařízení, název:
- d) jsem osobou bez přístřeší
-

V jakých **základních životních potřebách potřebujete podporu?** (vybranou oblast zaškrtněte, případně doplňte konkrétními údaji)

- 1. Mobilita:** změny a udržení poloh
stoj a chůze:
potřeba opory při pohybu:
- 2. Orientace:** orientace v čase – místě - osobách – situacích
potřebná míra dohledu:
smyslové postižení:
- 3. Komunikace:** porozumění řeči
komunikace s jinými lidmi
- 4. Stravování:**
- 5. Oblékání a obouvání**
- 6. Tělesná hygiena:**
- 7. Výkon fyziologické potřeby, kontinence:**
- 8. Péče o zdraví:**
- 9. Osobní aktivity:** schopnost vstupovat do vztahů s jinými osobami, vztahy si udržet
stanovení a dodržení denního programu
vyřizovat si své záležitosti
- 10. Péče o domácnost:**
-

Příspěvek na péči

Máte priznaný příspěvek na péči? **ANO – NE – ZAŽÁDÁNO** Stupeň:

Invalidita, důchod

Stupeň invalidity:

1. – 2. - 3., rok přiznání:

Druh důchodu:

ŽÁDNÝ - STAROBNÍ - INVALIDNÍ

Pokud výše Vašich příjmů nedosahuje na úhradu za ubytování a stravu, je některá Vaše blízká nebo jiná osoba ochotna dohodnout se na spoluúčasti na úhradě nákladů? **ANO - NE**

Opatrovnictví

Jste omezen ve svéprávnosti? **ANO - NE**

Máte ustanoveného opatrovníka pro uzavírání smluv o pobytové sociální službě? **ANO – NE**

Údaje o opatrovníkovi:

Jméno, příjmení, vztah k žadateli:

Adresa:

Telefon – e-mail:

Nápomoc při rozhodování

Máte podpůrce (smlouva o nápomoci schválená soudem) pro uzavírání smluv o poskytování pobytové sociální služby? **ANO – NE**

Údaje o podpůrci:

Jméno, příjmení, vztah k žadateli:

Telefon – e-mail:

Upozornění pro žadatele

K Žádosti je nutné doložit vyplněný a lékařem potvrzený tiskopis Lékařský posudek o zdravotním stavu žadatele vydaný naším zařízením, jinak nebude Žádost posouzena.

Žadatel si přeje další nakládání s lékařským posudkem:

a) vrátit zpět žadateli **b) ponechat ve složce žadatelů** **c) skartovat**

V případě dalších dotazů se můžete obrátit na sociální pracovníci:

Telefon: 725 959 005, 602 460 372

Email: socialnipracovnice@dozprudne.cz
socialni@dozprudne.cz

Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů

Já, Žadatel o poskytování služby sociální péče, dávám poskytovateli svůj písemný souhlas pro zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů potřebných pro účely posouzení mé žádosti ke vhodnosti poskytování pobytové sociální služby do doby jejich archivace a skartace.

V..... dne.....

.....

podpis žadatele

.....

příp. podpis opatrovníka/podpůrce