



Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.
Lidická 86, 796 01 Prostějov, IČ: 479 21 293

Tel. 582 321 205, 582 321 454 – sociální pracovnice

Datum přijetí žádosti:

Stav žádosti:

Přijata

Zamítnuta (důvod)

Žádost o poskytnutí sociální služby Domov se zvláštním režimem

Žadatel/ka:.....
(jméno, příjmení)

Narozen/a:.....
(den, měsíc, rok)

Trvalé bydliště:

Místo aktuálního pobytu:.....

Telefon (mobil): **E-mail:**

Prohlašuji, že mám zájem o nástup co nejdříve po uvolnění kapacity.

ANO NE

Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku.

ANO NE

Důvod podání žádosti.

Popište prosím, proč máte zájem využívat služby domova se zvláštním režimem, jaké jsou vaše potřeby a očekávání od služby.

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

Kontakt na osobu, která má být informována v případě potřeby:

Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSČ), telefon, mobil, e-mail, vztah k žadateli

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

Je-li žadatel/ka **omezen/a ve svéprávnosti**, uveďte jméno, adresu a telefon **opatrovníka**, (nutno přiložit rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka).

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

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Souhlasím se zpracováním mých osobních a citlivých údajů pro účely posouzení mé žádosti o přijetí do Centra sociálních služeb v Prostějově, p. o. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci.

Datum:

.....
podpis žadatele/ky
(zmocněnec, opatrovník)

Poznámka:

- 1) Je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti, podepisuje žádost soudem stanovený opatrovník.
- 2) Podpis na žádosti může provést osoba, která zastupuje osobu ve vyřizování přijetí do CSSP na základě plné moci – je třeba doložit plnou moc nebo dodat potvrzení od lékaře, že se osoba není schopna podepsat.
- 3) V případě, že již žadatel/ka nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popřípadě na telefon: 582 321 205, 582 321 454.

Přílohy k žádosti (označte křížkem):

- Plná moc** - pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel/ka.
- U žadatele/ky omezené/ho ve svéprávnosti – ověřenou **kopii rozhodnutí soudu** o omezení svéprávnosti a **usnesení / listinu** o ustanovení opatrovníka.

Vyjádření komise (vyplňuje CSSP):

- **žádost byla přijata k dalšímu posouzení**
- **žádost nebyla přijata z důvodu:**

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

Podpisy členů komise:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele/ky o poskytnutí služby Domov se zvláštním režimem.

1. Žadatel/ka

příjmení		jméno	
narozen/a			
den, měsíc, rok			
bydliště			
obec	ulice	číslo	PSČ

2. Aktuální zdravotní stav žadatele/ky:

3. Duševní stav žadatele/ky (v případě duševního onemocnění prosím podrobně popište konkrétní projevy onemocnění):

Alkohol a jiné návykové látky (specifikujte, zda se jedná o závislost aktuální, či nikoliv, popište projevy chování):

Agresivní chování (popište prosím, o jaké přesné agresivní projevy se jedná, co agresivitu vyvolává a jaké jsou způsoby zvládnání agresivního chování):

Projevy chování, které mohou narušovat kolektivní soužití – popište:

4. Současná léčba (medikace):

5. Infekční onemocnění:**6. Diagnóza:**

a) hlavní:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

7. Mobilita, komunikace, orientace: *)nehodící se škrtněte

Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby

ANO*)

NE*)

Je upoután na lůžko

ANO*)

NE*)

Komunikace:

slovní*)

mimoslovní*)

jiná – jaká?

Orientace: časem

ANO*)

NE*)

místem

ANO*)

NE*)

osobou

ANO*)

NE*)

Schopnost slyšet

ANO*)

NE*)

částečně*)

Schopnost vidět

ANO*)

NE*)

částečně*)

Je v péči specializovaného oddělení, uveďte kterého.....

Potřebuje zvláštní péči – jakou:.....

Další informace důležité pro péči o žadatele/ku:

8. Jiné údaje

Dne: _____

_____ podpis ošetřujícího lékaře

razítko