



**Datum přijetí žádosti:**

**Stav žádosti:**

Přijata

Zamítnuta (důvod)

**Žádost o poskytnutí sociální služby Odlehčovací služba**

**Žadatel/ka:**.....  
(jméno, příjmení)

**Narozen/a:**.....  
(den, měsíc, rok)

**Trvalé bydliště:** .....

**Místo aktuálního pobytu:**.....

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

**Požadovaný termín poskytnutí sociální služby:**

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

**ANO                      NE**

**Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku\***

**ANO                      NE**

\*V případě, že nemáte pevně určený termín nebo je v tomto termínu naplněná kapacita

**Důvod podání žádosti.**

Popište prosím, proč máte zájem využívat odlehčovací službu, 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: 582 321 555, 778 762 960.

**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:**

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele/ky o poskytnutí služby Odlehčovací služba

### 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