



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

Tel. 582 321 555, 778 762 960 – sociální pracovnice

Datum přijetí žádosti:

Stav žádosti:

Přijata

Zamítnuta (důvod)

Žádost o poskytnutí sociální služby Denní stacionář pro seniory

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

*V případě, že je naplněná kapacita a službu není možné poskytnout okamžitě

Důvod podání žádosti.

Popište prosím, proč máte zájem využívat služby denního stacionáře pro seniory, 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

.....
.....
..... J

e-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:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele/ky o poskytnutí služby Denní stacionář pro seniory.

1. Žadatel/ka

_____		_____	
příjmení		jméno	
narozen/a			

den, měsíc, rok			
bydliště			
_____		_____	
obec	ulice	číslo	PSC

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