



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 (včetně PSČ):

.....

Místo aktuálního pobytu:

.....

Telefon (mobil):

E-mail:

Popište prosím, proč máte zájem využívat služby denního stacionáře. Dále prosím napište, kdo Vám ve Vašem každodenním životě pomáhá, v čem konkrétně Vám pomáhá a jakým způsobem.

.....

.....

.....

.....

Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku. (V případě, je naplněná kapacita a služba nemůže být poskytnuta okamžitě).

ANO

NE

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

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: 582 321 209, mobil: 733 745 083.

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 o poskytnutí služby Denní stacionář pro seniory

1. Žadatel

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

2. Aktuální zdravotní stav žadatele vzhledem k poskytování sociální služby denní stacionář pro seniory:

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

V případě, že žadatel užívá nějaké návykové látky, a projevuje se u něj závislost na těchto látkách, popište prosím, o jaké látky se jedná a jak se závislost konkrétně projevuje:

V případě, že se u žadatele projevuje agresivní chování, popište prosím, o jaké přesné agresivní projevy se jedná, co agresivitu vyvolává a jaké jsou způsoby zvládnutí agresivního chování:

Infekční onemocnění (nevyplněním této kolonky prohlašujete, že žadatel netrpí žádnou infekční chorobou):

4. Sebeobsluha:

*) Nehodící škrtněte

Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby			ANO	NE *)
Je schopen chůze s pomocí	- hole *)			
	- berle jedné – dvou *)			
	- franc. hole jedné – dvou *)			
	- chodítka *)			
	- s dopomocí *)			
Pohybuje se na invalidním vozíku			ANO	NE sám – s pomocí druhé osoby *)
Je upoutána na lůžko			ANO	NE převážně *)
Je schopen sám	- jíst		ANO	NE s pomocí *)
	- koupat se		ANO	NE s pomocí *)
	- komunikovat		ANO	NE s pomocí *)
	- oblécise		ANO	NE s pomocí *)
	- obout se		ANO	NE s pomocí *)
	- provést osobní hygienu		ANO	NE s pomocí *)
	- sedět		ANO	NE
	- orientovat se v přirozeném prostředí	ANO	NE	
	- orientovat se v čase		ANO	NE
Požívá inko pomůcky	- občas		ANO	NE *)
	- trvale		ANO	NE *)
Schopnost slyšet		ANO	NE	částečně *)
Schopnost vidět		ANO	NE	částečně *)

Potřebuje žadatel při pobytu v denním stacionáři pro seniory zvláštní péči – jakou:

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

Další informace důležité pro pobyt žadatele v denním stacionáři pro seniory:

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

5. Jiné údaje

Dne _____

podpis ošetřujícího lékaře
(jmenovka)

razítko ZZ