



Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.
Lidická 86, 796 01 Prostějov, IČ: 479 21 293
Tel. 778 762 960 – sociální pracovnice

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:

Důvod podání žádosti o poskytnutí sociální služby:

.....

.....

.....

Požadovaný termín poskytnutí sociální služby:

.....

Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku. (V případě, že nemáte pevně určený termín nebo je v tomto termínu naplněná kapacita).

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: 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 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):

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

Infekční onemocnění:

4. Současná léčba (medikace):

5. Souhrn diagnóz:

6. 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 upoután/a 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 |
| Používá inkontinenční pomůcky | - občas | ANO | NE *) |
| | - trvale | ANO | NE *) |
| | - v noci | ANO | NE *) |
| Schopnost slyšet | ANO | NE | částečně *) |
| Schopnost vidět | ANO | NE | částečně *) |
| Potřebuje lékařskou péči | ANO | NE | částečně *) |
| Ošetřovatelská péče | ANO | NE | částečná *) |

Je v péči specializovaného oddělení ZZ kterého:

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

.....

Další informace důležité pro péči o žadatele/ku:

.....

.....

.....

.....

7. Jiné údaje

Dne _____

podpis ošetřujícího lékaře
(jmenovka)

razítko ZZ