



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 Chráněné bydlení

<p>Žadatel/ka:..... (jméno, příjmení)</p> <p>Narozen/a:..... (den, měsíc, rok)</p> <p>Trvalé bydliště:</p> <p>.....</p> <p>Místo aktuálního pobytu:.....</p> <p>.....</p> <p>Telefon (mobil):</p> <p>E-mail:</p>
<p>Prohlašuji, že mám zájem o nástup co nejdříve po uvolnění kapacity.</p> <p>ANO NE</p> <p>Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku.</p> <p>ANO NE</p>
<p>Kontakt na osobu, která má být informována v případě potřeby:</p> <p>Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSČ), telefon, mobil, e-mail, vztah k žadateli</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 Chráněné bydlení

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 *)
Ošetrovatelská 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