Žádost o poskytování odlehčovací pobytové služby

zařízení Sociální služby města Havlíčkova Brodu,
Reynkova 3643, 580 01 Havlíčkův Brod, tel. 569 433 757

1. **Jméno a příjmení žadatele:** (u žen uveďte i rodné příjmení)
2. **Den, měsíc a rok narození:**
3. **Adresa trvalého bydliště:** Telefon: Mobil:
4. **Místo současného pobytu** (pokud je jiné než trvalé bydliště):
5. **U odlehčovací pobytové služby prosím uveďte požadovaný termín:**
6. **Důvod žádosti.** Uveďte, jaké je očekávání (potřeby) žadatele od poskytování služby.
7. **Kontaktní osoba.** Uveďte příjmení a jméno, adresu a telefon osoby, kterou má poskytovatel kontaktovat v případě, že se nebude dařit kontaktovat žadatele za účelem dalšího jednání:
8. **Zákonný zástupce.** Příjmení a jméno, adresa, telefon zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:
9. **Další sdělení:**

10. **Prohlášení žadatele:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, eventuelně i uzavření nebo vypovězení smlouvy o poskytování sociální služby.

Sociální služby města Havlíčkova Brodu zpracovávají základní a zvláštní osobní údaje v souvislosti s podáním této žádosti v souladu se zákonem č. 108/2006Sb., zákon o sociálních službách, s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., zákon o zpracování osobních údajů a GDPR (nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679).

Základními osobními údaji se rozumí: jméno a příjmení žadatele, u žen i rodné příjmení, datum narození, adresa trvalého bydliště, telefonní spojení na žadatele, číslo občanského průkazu, výše příspěvku na péči a údaje o jiné osobě (zákonný zástupce, kontaktní osoba).

Zvláštními osobními údaji rozumíme údaje o zdravotním stavu v rámci přílohy žádosti č. 1 a 2.

Bližší informace jsou uvedeny na webových stránkách www.ssmhb.cz, popř. na vyžádání u sociálních pracovníků organizace.

Datum: **Podpis:**

Příloha č.1: Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

Příloha č.2: Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu (před zahájením poskytování sociální služby)

Příloha č.3: Informace o podání žádosti

Příloha žádosti č.1

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

Toto vyjádření zájemce doloží společně se žádostí o pobytovou sociální službu. Poskytovatel přijímá vyjádření lékaře, vystavené ne dříve jak 30 dnů před datem podání žádosti.

Příjmení a jméno žadatele (u žen též rodné):

……

datum narození:……

adresa trvalého bydliště: ……

……

Zaškrtněte prosím variantu (nebo více variant), která platí pro výše jmenovanou osobu:

a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
b) žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb (v domově pro seniory) z důvodu závažné akutní infekční nemoci
c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
d) žadatel trpí Alzheimerovou chorobou nebo vyšším stupněm jiné demence,
e) žadatel není v důsledku své choroby schopen sám jednat a uzavírat smlouvu o poskytovaná sociální služby
f) pro žadatele neplatí žádná z výše uvedených možností.

Dne: podpis ošetřujícího lékaře

Příloha žádosti č. 2

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu.

Toto vyjádření poskytovatel požaduje **doložit před uzavřením smlouvy** (tzn., aby toto vyjádření lékaře nebylo starší více jak 30 dnů před plánovaným zahájením poskytování služby).

1. Žadatel…… **datum narození**……
příjmení (u žen též rodné), jméno

trvalé bydliště……
(místo, ulice, číslo, směrovací číslo)

2. Anamnéza (rodinná, osobní)

3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Orientace:
Místem: ano ne* **Časem:** ano ne* **Osobou:** ano ne*

Stavy noční zmatenosti: ano ne*

5. Diagnóza (česky)
Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
a) hlavní:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

6. Potřebuje lékařské ošetření

trvale: ANO NE*
občas: ANO NE*

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení?
např.: plicního, chirurgického a interního,
neurologického, ortopedického,
psychiatrického, protialkoholního*
poradny diabetické,

Potřebuje zvláštní péči – jakou?:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitální chorobu? ANO NE*

Pokud ano, pro jakou?……

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ANO NE*
Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým sledován:

7. Aktuální medikace (rozpis):

Přílohy

a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu,
b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno,
c) podle potřeby (na návrh ošetřujícího lékaře)– výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

8. Jiné údaje:

.....
Dne: razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

*nehodící se škrtněte

Příloha žádosti č. 3

Informace o podání žádosti

Podepsané žádosti přijímáme na adrese: Sociální služby města Havlíčkova Brodu, Reynkova 3643, 580 01 Havlíčkův Brod.
Doručit je můžete:

- osobně,
- poštou,
- elektronicky.

Doklady, které je nutno doložit k žádosti o umístění:
1.Ošetřujícím lékařem vyplněný tiskopis „Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu“, kterou poskytovatel požaduje doložit se žádostí o danou pobytovou sociální službu.

2.Pokud je osoba omezena ve svéprávnosti, nebo jinak zastoupena: Fotokopie listiny o ustanovení opatrovníka, popř. usnesení o jiné formě zastupování.

Prosíme o doložení těchto dokladů, abychom mohli žádost vyřídit v nejbližším termínu.