



SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY OLOMOUČ

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Zikova č. 618/14, 770 10 Olomouc * IČ 75004259 * tel.: 585757061 *

fax: 585757066* E-mail: olomouc@sluzbyproseniory.cz *  cn5k73h

Datum přijetí žádosti,
podací razítko:

Žádost

o poskytování pobytové sociální služby chráněné bydlení

*Vyplňte pouze v případě, že chcete být zařazen/a/ do
pořadníku a co nejdříve do chráněného bydlení nastoupit.*

Zájemce o službu:

Příjmení: Jméno: Titul:

Datum narození: Telefon/mobil:

Adresa:

Státní příslušnost:

Přiznaný stupeň příspěvku na péči dle zákona č.108/2006:

Kontaktní osoby pro případ nutnosti kontaktu s žadatelem, který je nedostupný:

Jméno a příjmení, bydliště, telefon:

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

Z jakého důvodu potřebujete umístění v chráněném bydlení a co od této služby očekáváte?

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

Kdo Vám doposud poskytoval pomoc a v jakém rozsahu?

.....
.....

Zákonný zástupce:

Jméno, příjmení, bydliště a telefon zákonného zástupce, je-li žadatel soudně zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům:

.....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě a zavazuji se ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v této žádosti, vč. příloh 1 a 2 pro potřeby organizace Sociální služby pro seniory Olomouc, příspěvková organizace, Zikova č. 618/14, 770 10 Olomouc, po dobu zařazení žádosti do evidence, přijímacího řízení, užívání služby a dobu nutnou k archivaci žádosti a souvisejících příloh.

Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat nebo upravit jeho rozsah a to písemným prohlášením provedeným přímo do spisu žadatele, nebo zasláním tohoto prohlášení na adresu zařízení uvedené v žádosti. V případě, že souhlas neudělím, beru na vědomí, že žádost nemusí být posouzena a zařazena do evidence zájemců o sociální službu. V případě, že souhlas odvolám nebo provedu jeho změny v rozsahu údajů po zařazení do evidence zájemců o sociální službu, beru na vědomí, že žádost může být z této evidence vyřazena, neboť v evidenci není možné vést žádost anonymním způsobem a dále bude na ni pohlíženo, jako by nebyla podána.

V dne

.....
Podpis žadatele

(nebo soudem ustanoveného opatrovníka)

K žádosti prosím přiložte tyto dokumenty:

1. Vyjádření o zdravotním stavu žadatele.
2. Kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení žadatele ve způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka.

Vyplněnou žádost včetně příloh zašlete na adresu:

Sociální služby pro seniory Olomouc, příspěvková organizace
Zikova 618/14
770 10 Olomouc,

nebo **osobně přineste** na adresu organizace, kancelář č. 106 - sociální pracovnice

Posudek o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů **je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).**

1. Informace o osobě, o jejímž zdravotním stavu se posudek vydává (dále jen „osoba“):
Jméno:
Příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu (obec, ulice, PSČ):
2. Informace o zdravotním stavu osoby: Prosím, nepřikládejte lékařské zprávy. a) Výčet chronických onemocnění ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí

b) Infekční onemocnění

- osoba trpí akutním infekčním onemocněním ANO NE
- osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění ANO NE

c) Smyslové postižení

- osoba trpí vážným postižením sluchu ANO NE
 - osoba trpí vážným postižením zraku ANO NE
- / uveďte jaké kompenzační pomůcky osoba používá /

d) Duševní onemocnění

- duševní onemocnění stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení ANO NE
- projevy agresivity ANO NE
- závislost na návykových látkách ANO NE

e) Zdravotní stav osoby vyžaduje celodenní péči v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo zdravotnickém zařízení

ANO NE

f) Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby

- u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností ANO NE
- osoba je orientována vlastní osobou ANO NE
- osoba je orientována časem ANO NE
- osoba je orientována místem ANO NE

g) Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:

3. Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:

a) komunikace

- osoba má narušenu schopnost komunikace běžným způsobem ANO NE
- osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému ANO NE

b) mobilita (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)

- osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba se pohybuje převážně na invalidním vozíku ANO NE

c) stravování

- osoba má dietní omezení ANO NE

4. Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:

Dne:

.....
podpis ošetřujícího lékaře, jmenovka, razítko

5. Vyjádření smluvního lékaře poskytovatele o vhodnosti umístění v chráněném bydlení:

Dne:

.....
podpis smluvního lékaře, jmenovka, razítko