

ŽÁDOST

o pobytovou sociální službu – odlehčovací služba
(§ 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Údaje o poskytovateli

Název: **Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace**
Adresa: Americká 242, 347 01 Tachov ID datové schránky: KPYKHAM
Zápis v OR: Krajský soud v Plzni, oddíl Pr, vložka 650 IČ: 00377805

Údaje o žadateli

Titul, jméno a příjmení:		
Datum narození:		
Adresa bydliště:		
Telefon:	E-mail:	
Státní příslušnost:	<input type="checkbox"/> Česká republika	<input type="checkbox"/> jiný stát EU <input type="checkbox"/> Ostatní

Kontaktní osoby žadatele pro účely umístění

Titul, jméno a příjmení	Vztah k žadateli (dcera, opatrovník...)
Telefon:	Email:

Titul, jméno a příjmení	Vztah k žadateli (dcera, opatrovník...)
Telefon:	Email:

Přiznaný stupeň příspěvku na péči žadatele

<input type="checkbox"/> nevím	<input type="checkbox"/> I. stupeň	<input type="checkbox"/> III. stupeň
<input type="checkbox"/> bez příspěvku	<input type="checkbox"/> II. stupeň	<input type="checkbox"/> IV. stupeň

Žadatel má zájem o pobytovou sociální službu

<input type="checkbox"/> Odlehčovací službu v Domově pro seniory Kurojedy, Kurojedy 61, 348 02 Bor
--

Požadované období pobytu

od.....

do.....

Prohlášení žadatele (zástupce)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

V _____ dne _____

vlastnoruční podpis žadatele (zástupce)

Pokud se žadatel ze zdravotních důvodů nemůže podepsat, žádost podepíše v zastoupení osoba, která žádost podává. Při sociálním šetření bude souhlas žadatele s podáním žádosti ověřen.

Informace o zpracování osobních údajů jsou zveřejněny na internetových stránkách www.csstachov.cz.

Vyplněnou žádost **včetně vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu** doručte na adresu organizace Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace, Americká 242, 347 01 Tachov. Žádost lze zaslat poštou nebo předat osobně v pracovní dny. **Doporučujeme** předávat žádost v zalepené obálce, která bude označena nápisem "ŽÁDOST".

Informace k žádosti a pomoc s vyplněním Vám rádi poskytneme na těchto telefonních číslech 775 421 997 nebo 773 744 196. Další informace jsou k dispozici na www.csstachov.cz

***Poučení:** Pokud žadatel neuzavře smlouvu o poskytování pobytové sociální služby s nástupem nejpozději do 7 dnů od vyzvání, pak poskytovatel považuje takové jednání za odmítnutí nástupu.*

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu – odlehčovací služba (příloha k žádosti)

Titul, jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Žadatelova aktuální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby:

ANO NE

V případě odpovědi ANO – uveďte, zda je pravidelná pomoc potřebná z důvodu:

- Věku a zdravotního stavu
 Alzheimerovy choroby
 Jiného typu demence Stupeň:
 Mentálního postižení Stupeň:
 Duševního onemocnění
 Jiné – uveďte:

Aktuální zdravotní stav žadatele (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy):

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení = zdr. zařízení/nemocnice:

ANO NE

Žadatel trpí akutní infekční nemocí:

ANO NE

Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy vážným způsobem narušovalo kolektivní soužití;

ANO NE

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|
| Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | | |
| Je schopen polohy v sedě, v křesle? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | | |
| Je schopen sám se najíst, napít? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | | |
| Je upoután na lůžku? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> převážně | <input type="checkbox"/> trvale | |
| Používá kompenzační pomůcky? | <input type="checkbox"/> hole | <input type="checkbox"/> invalidní vozík | <input type="checkbox"/> chodítka | |
| Inkontinence: | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> v noci | <input type="checkbox"/> trvale | |
| Sluch: | <input type="checkbox"/> normální | <input type="checkbox"/> nedoslýchá | <input type="checkbox"/> zbytky sluchu | <input type="checkbox"/> neslyšící |
| Zrak: | <input type="checkbox"/> normální | <input type="checkbox"/> zhoršené vidění | <input type="checkbox"/> zbytky zraku | <input type="checkbox"/> nevidomý |
- Potřebuje žadatel zvláštní péči s ohledem na orientaci, mobilitu a komunikaci:**
- ANO NE
- V případě odpovědi ANO – uveďte, jakou:**

Poslední medikace:

Souhrn diagnóz:

Vyplnil:

Datum:

Razítko a podpis lékaře

ZÁVĚR – vyplňuje sociální pracovníce Centra sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace:

Z Vyjádření lékaře vyplývá, že zdravotní stav žadatele/žadatelky:

- vylučuje poskytování pobytové sociální služby z důvodu:
- nevylučuje poskytování pobytové sociální služby

Datum:

sociální pracovníce CSS Tachov, p.o

Vyplnění vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění. Elektronickou verzi tohoto tiskopisu ve formátu „docx“ lze stáhnout z našich internetových stránek www.csstachov.cz nabídka „Ke stažení“.