



DOMOV U TŘEBŮVKY LOŠTICE,

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

789 83 LOŠTICE, HRADSKÁ 113/5

tel. **583 445 120** | **www.utrebuvky.cz**

e-mail: **domov@utrebuvky.cz**

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

pobytová sociální služba **chráněné bydlení**

Titul, jméno a příjmení žadatele / žadatelky:

Datum narození:

Telefon / mobil:

Adresa trvalého bydliště:

Pro případ, že nemáte telefon, uveďte kontaktní osobu, které můžeme telefonicky kontaktovat (údaj je dobrovolný, nemusíte vyplňovat):

Jméno a příjmení:

Telefon:

Adresa pobytu (vyplňte pouze, pokud nebydlíte v místě trvalého bydliště):

* **chci využívat sociální službu co nejdříve, jakmile bude volné místo**
pozn.: (*) zvolenou odpověď označte křížkem

* **prozatím nechci využívat sociální službu** (jakmile budu chtít sociální službu využívat, vyzumím sociální pracovníci Domova u Třebůvky Loštice osobně, písemně nebo telefonicky) pozn.: (*) zvolenou odpověď označte křížkem

1. Důvod podání žádosti a co od sociální služby očekáváte?

2. Vypište rozsah požadované podpory a pomoci, kterou od sociální služby požadujete, děkujeme:

a) Prostorová orientace a pohyb mimo domov? (např. pohybujete se s dopomocí druhé osoby – invalidní vozík, nabídnutí rámě, orientace ve větším městě, ...)

b) Při péči o vlastní osobu? (např. potřebujete podporu či pomoc při osobní hygieně, pomoc při výstupu ze sprchového koutu, podpora a pomoc při utírání, ...)

c) Při přípravě a podávání jídla? (např. při přípravě jídla – namazání chleba, servírování potřebujete podporu či pomoc druhé osoby; vaříte si sám/a, ...)

d) Při obstarávání osobních záležitostí a kontaktu s úřady? (např. při vyřizování na úřadech potřebujete podporu či pomoc - při vyplňování formulářů, při komunikaci s úřady,...)

e) Zájmy, volný čas? (např. potřebujete podporu či pomoc při organizaci volného času, při vyhledávání zájmů nebo doprovázení, ...)

3. Kdo a jak Vám prozatím pomáhal požadovanou činnost zabezpečovat?

4. Úkony denní potřeby a sebeobsluhy (*) zvolenou odpověď označte křížkem:

Jste schopen/-a chůze s pomocí?	Sám/a	ANO*	NE*
	Hole	ANO*	NE*
	Jedné berle	ANO*	NE*
	Dvou berlí	ANO*	NE*
	Chodítka	ANO*	NE*
Pohybujete se na invalidním vozíku?	Sám/a	ANO*	NE*
	S pomocí druhé osoby	ANO*	NE*
Jste upoután/-a lůžko?	Převážně	ANO*	NE*
	Trvale	ANO*	NE*
Jste schopen/-a zvládnout sám/a tyto činnosti?	Obléct	ANO	NE*
	Obout	ANO*	NE*
	Najíst	ANO*	NE*
	Vykoupat	ANO*	NE*

Podpisem dávám souhlas Domovu u Třebůvky Loštice se zpracováním a uchováváním uvedených osobních údajů v „**Žádosti o poskytnutí sociální služby**“ (ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů) a to po celou dobu evidence žádosti a nezbytnou dobu její archivace. Prohlašuji, že veškeré údaje v „Žádosti o poskytnutí sociální služby“ jsem uvedl/-a pravdivě a správně. **Upozornění:** Pokud nastane změna v údajích (např. změna bydliště nebo rozsah požadované pomoci a podpory) neprodleně změnu oznamte (dopisem, telefonicky, osobně) sociální pracovníci Domova u Třebůvky Loštice, děkujeme. Udělený souhlas lze kdykoliv odvolat.

.....
DATUM

.....
PODPIS ŽADATELE / ŽADATELKY

Případné dotazy zodpoví sociální pracovnice Zuzana Pospíšilová, DiS.
mobilní telefon: **604 801 656** | pevná linka: **583 445 120** | e-mail: **socialni@utrebuvky.cz**

„Žádost o poskytnutí sociální služby“ včetně „Vyjádření lékaře k přijetí žadatele“
zašlete poštou nebo předejte osobně na adresu:

DOMOV U TŘEBŮVKY LOŠTICE, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, HRADSKÁ 113/5, 789 83 LOŠTICE

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ ŽADATELE

pobytová sociální služby chráněné bydlení

UPOZORNĚNÍ PRO LÉKAŘE PŘED VYPLNĚNÍM VYJÁDŘENÍ:

Domov u Třebůvky Loštice poskytuje pobytovou sociální službu „chráněné bydlení“, která je určena pro **osoby od 45 let výše se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního omezení nosného nebo pohybového aparátu se zachování částečné mobility a chronickým onemocněním, kteří jsou schopni částečné sebeobsluhy**. Základní činnosti sociální služby, kromě poskytnutí ubytování, jsou uživatelům zabezpečeny ve všední dny od 6:00 do 19:00 hod. a o víkendu a svátcích od 7:30 do 19:00 hod. V pracovním týmu zaměstnanců sociální služby není zastoupen zdravotní ani ošetrovatelský personál. Během noci jsou uživatelé bez podpory a pomoci pracovníků sociálních služeb. **Kontaktní osoba pro dotazy: Zuzana Pospíšilová, DiS.** | mobil **604 801 656** | e-mail: **socialni@utrebuvky.cz**

Titul, jméno a příjmení žadatele / žadatelky:		
Datum narození:	Bydliště:	
<i>pozn.: (*) zvolenou odpověď označte křížkem</i>		
1. Chronické onemocnění jakého rozsahu?	ANO*	NE*
a) Jakou péči potřebuje?		
2. Tělesné postižení jakého rozsahu?	ANO*	NE*
a) Jakou péči potřebuje?		
3. Těžké smyslové postižení sluchu?	ANO*	NE*
a) Bližší vymezení:		
4. Těžké smyslové postižení zraku?	ANO*	NE*
a) Bližší vymezení:		
5. Aktuální psychický stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití) ?		
a) Orientace v místě?	ANO*	NE*
b) Orientace v prostoru?	ANO*	NE*
c) Orientace v čase?	ANO*	NE*

6. Duševní postižení, pro které není schopen kolektivního soužití v sociální službě?	ANO*	NE*
7. Potřebuje zdravotní stav žadatele zvláštní zdravotní péči – jakou?		
8. Popište zdravotní stavy, které by mohly ovlivnit poskytování sociální služby:		
a) Vyžaduje celodenní ošetrovatelskou péči?	ANO*	NE*
b) Vyžaduje nepřetržitou zdravotní péči?	ANO*	NE*
c) Vyžaduje jiné než perorální podávání léků?	ANO*	NE*
d) Vyžaduje specializovanou péči?	ANO*	NE*
e) Vyžaduje speciální dietu?	ANO*	NE*
f) Vyžaduje speciální zdravotní přístroje?	ANO*	NE*
9. Závislost na návykových látkách, pro které není žadatel schopen kolektivního soužití v pobytové sociální službě?	ANO*	NE*
10. Infekční onemocnění (vyžadující zvýšené hygienické nároky, které poskytovatel není schopen ve službě zajistit). Pozn.: u TBC a jiného infekčního onemocnění musí být přiloženo vyjádření specializovaného zdravotnického zařízení.	ANO*	NE*
11. Jiné důležité informace ke vztahu k poskytované sociální službě a žadateli?		

Na základě znalosti zdravotního stavu a zdravotní dokumentace žadatele
„Žádost o poskytnutí sociální služby“

doporučuji nebo nedoporučuji z těchto objektivních důvodů (uveďte):

.....
 DATUM

.....
 JMENOVKA A ČITELNÉ RAZÍTKO | PODPIS LÉKAŘE