

**Žádost o poskytnutí sociální služby**

Odlehčovací služby

1. Žadatel: **rodinný stav:**
jméno, příjmení

2. Narozen:
den, měsíc, rok *místo (okres)*

3. Trvalé bydliště: **telefon:**
obec, ulice, číslo domu, PSČ

4. Adresa současného pobytu žadatele (uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti na jiné adrese, než je uvedena v bodu 3.):

.....

5. Státní příslušnost: **zdravotní pojišťovna:**

6. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce (v případě rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka – nutné doložit Rozhodnutí/Usnesení a Listinu o jmenování opatrovníka):

.....

7. Žádám o poskytování sociální služby (zaškrtněte):

Odlehčovací služby (Bystré)

Tato pobytová služba je poskytována dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je určena osobám od 26 let věku, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.

8. Důvody podání žádosti:

- a) Odpočinek pečující osoby
- b) Nemožnost pečující osoby starat se na určitou dobu o žadatele
- c) Pobyt na dobu určitou za účelem rekonvalescence před návratem do domácího prostředí po pobytu ve zdravotnickém zařízení
- d) Jiné:

9. Požadavek na ubytování:

- a) jednolůžkový pokoj
- b) dvoulůžkový pokoj

10. Požadovaný termín nástupu:

od do.....

11. Přiznaný stupeň závislosti na pomoci druhé osoby (příspěvek na péči):

- | | | |
|--------------|--------------|------------------|
| a) 1. stupeň | c) 3. stupeň | e) bez příspěvku |
| b) 2. stupeň | d) 4. stupeň | f) podaná žádost |

12. Využívá žadatel pečovatelské služby?

- a) ne
b) ano

Jaké služby využívá:

.....
.....

13. Byl žadatel již dříve uživatelem jiného pobytového zařízení sociálních služeb?

(odlehčovací služba, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem aj.)

- a) ne
b) ano

Kterého? **od:** **do:**

Proč byl pobyt ukončen?

14. Jména a adresy dětí nebo jiných blízkých osob:

jméno a příjmení *vztah k žadateli* *adresa* *telefon/e-mail*

.....
.....

15. Důvěrná osoba (osoby), která je oprávněna přijímat informace o žadateli:

jméno a příjmení *vztah k žadateli* *adresa* *telefon/e-mail*

.....
.....

16. Jméno, adresa a telefon praktického lékaře žadatele:

.....
.....

17. Soběstačnost žadatele:

(vyplňte, prosím, pečlivě následující informace: **samostatně bez pomoci** = činnost běžně zvládáte a nepotřebujete žádnou pomoc, **s pomocí** = při této činnosti Vám musí někdo pomoci, v různé míře, ale pomoc potřebujete, **neprovedu** = při takové činnosti potřebujete plnou péči, případně ji už vůbec neděláte)

činnost	zvládnutí činnosti	
Pohyb	<input type="checkbox"/> Chůze bez pomoci	
	<input type="checkbox"/> Chůze s pomocí	<input type="checkbox"/> Hůl, berle <input type="checkbox"/> Chodítko <input type="checkbox"/> Druhá osoba

	<input type="checkbox"/> Invalidní vozík			
	<input type="checkbox"/> Trvale upoután na lůžko			
	<input type="checkbox"/> Nebezpečí pádu	<input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Často		
	<input type="checkbox"/> Posazení	<input type="checkbox"/> Samostatně <input type="checkbox"/> Vydržím sedět bez opory <input type="checkbox"/> Vydržím sedět s oporou <input type="checkbox"/> Nelze		
Stravování, tekutiny	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Oblékání	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Komunikace	<input type="checkbox"/> Mluvím zřetelně <input type="checkbox"/> Mluvím s obtížemi <input type="checkbox"/> Porucha řeči			
Orientace	<input type="checkbox"/> V přirozeném prostředí	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Časem	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Místem	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Osobami	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
Sluch	<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Nedoslýchám <input type="checkbox"/> Neslyšící	Užívané kompenzační pomůcky (např. naslouchátko):		
Zrak	<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Zhoršené vidění	Užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):		

	<input type="checkbox"/> Nevidomý/á			
Hygiena	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Užívání léků	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Inkontinence	<input type="checkbox"/> Moči <input type="checkbox"/> Stolice	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Občas	<input type="checkbox"/> Trvale <input type="checkbox"/> trvale

18. Další doplňující údaje (uved'te, co považujete za důležité o sobě sdělit):

.....

.....

.....

Datum a podpis žadatele:

nebo zákonného zástupce:

Vyplněnou žádost včetně příloh *) zašlete na adresu:

Domov pro seniory v Bystrém, Nad Kašpárkem 496, 569 92 Bystré

Dotazy, popř. pomoc s vyplněním žádosti na adrese:

Domov pro seniory v Bystrém

telefon: 739 024 421

email: socialni.os@azass.cz

www.azass.cz/dps

nebo příslušné obecní úřady členských obcí SO AZASS

***) součástí žádosti o poskytnutí sociální služby je:**

- vyplněný Zdravotní dotazník (vyplní praktický/v případě hospitalizace ošetřující lékař)
- podepsaný Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů a využíváním rodného čísla
- v případě rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka Rozhodnutí/Usnesení a Listinu o jmenování opatrovníka

Záznamy poskytovatele služby – nevyplňujte prosím

Datum přijetí žádosti:.....

Datum vyřízení žádosti:

Vyřizuje: