**ŽÁDOST**

**o pobytovou sociální službu**

(§ 49 a § 50 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: [ ]  Česká republika [ ]  jiný stát EU [ ]  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:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení | Vztah k žadateli (dcera, opatrovník…) |
|       |       |
| Telefon:       | Email:       |

**Přiznaný stupeň příspěvku na péči žadatele**

|  |
| --- |
|  [ ]  nevím [ ]  I. stupeň [ ]  III. stupeň [ ]  bez příspěvku [ ]  II. stupeň [ ]  IV. stupeň |

**Žadatel má zájem o pobytovou sociální službu (lze označit více domovů)**

|  |
| --- |
| Domov pro seniory [ ]  Domov pro seniory Kurojedy, Kurojedy 61, Bor  [ ]  Domov seniorů Panorama, U Penzionu 1711, Tachov [ ]  Domov pro seniory Panenská, Panenská 2068, Tachov |
| Domov se zvláštním režimem (pro osoby s demencí) [ ]  Domov seniorů Panorama, U Penzionu 1711, Tachov |

**Prohlášení žadatele (zástupce)**

|  |
| --- |
| Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.Vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace, po dobu nezbytně nutnou shromažďovalo, zpracovávalo a uchovávalo osobní a citlivé údaje, týkající se mé osoby obsažené v této žádosti, a to pro evidenční a informační účely, související s podáním této žádosti a následným poskytováním pobytové sociální služby.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.* |

Vyplněnou žádost **včetně vyjádření ošetřujícího lékaře žadatele** 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 od 7:00 do 11:00, od 12:00 do 15:00. **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 773 744 196 nebo 775 422 027. Další informace jsou k dispozici na [www.csstachov.cz](http://www.csstachov.cz)

*Poučení: Pokud klient neuzavře smlouvu o poskytování pobytové sociální služby s nástupem nejpozději do 14 dnů od vyzvání, pak poskytovatel považuje takové jednání za odmítnutí nástupu.*

2016\_8

**Vyjádření lékaře**

**o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu (příloha k žádosti)**

|  |
| --- |
| **Titul, jméno a příjmení žadatele**:       |
| Datum narození:       Místo narození:       |
| Adresa bydliště:       |
| Zdravotní pojišťovna:       Kód ZP:       |

|  |
| --- |
| **Aktuální zdravotní stav žadatele** (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení atd.):       |

|  |
| --- |
| **Duševní stav** (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):      |

|  |
| --- |
| **Trpí žadatel demencí?** [ ]  ANO [ ]  NE Typ demence:       Stupeň:      **Trpí žadatel mentálním postižením?** [ ]  ANO [ ]  NE Stupeň:       |

|  |
| --- |
| **Byl/je žadatel závislý na omamných, psychotropních příp. jiných látkách?** [ ]  ANO [ ]  NE **Upřesněte**:       |

|  |
| --- |
| **Je žadatel pod dohledem specialistů? Pokud ano, uveďte jméno lékaře.** |
| [ ]  neurolog:  | [ ]  interní lékař:  |
| [ ]  psychiatr:  | [ ]  plicní lékař:  |
| [ ]  ortoped:  | [ ]  kožní lékař:  |
| [ ]  chirurg:  | [ ]  oční lékař:  |
| [ ]  diabetolog:  | [ ]  urolog:  |
| [ ]  jiný:  | [ ]  jiný:  |
| **Pokud potřebuje žadatel zvláštní péči, uveďte jakou:** |

|  |
| --- |
| **Poslední medikace:**       |

|  |
| --- |
| **Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?** [ ]  ANO [ ]  NE**Je schopen polohy v sedě, v křesle?** [ ]  ANO [ ]  NE**Je schopen sám se najíst, napít?** [ ]  ANO [ ]  NE**Je upoután na lůžku?** [ ]  NE [ ]  převážně [ ]  trvale**Používá kompenzační pomůcky?** [ ]  hole [ ]  invalidní vozík [ ] chodítko**Inkontinence:** [ ]  občas [ ]  v noci [ ]  trvale**Sluch:** [ ]  normální [ ]  nedoslýchá [ ]  zbytky sluchu [ ]  neslyšící**Zrak:** [ ]  normální [ ]  zhoršené vidění [ ]  zbytky zraku [ ]  nevidomý |

|  |
| --- |
| **Datum posledního očkování: TAT       Chřipka** |
| **Datum posledního RTG plic a srdce:** |
| **Alergie:** |

|  |
| --- |
| **Používání inkontinentních pomůcek:** [ ]  vložky [ ]  plenkové kalhotky [ ]  toaletní křeslo**Datum posledního objednání inkontinenčních pomůcek:** |

|  |
| --- |
| **Souhrn diagnóz:**  |

|  |
| --- |
| **Vyplnil:** **Datum:      Razítko a podpis lékaře** |

|  |
| --- |
| **Vyjádření smluvního lékaře Centra sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace:** **Datum:      Razítko a podpis lékaře** |

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

2016\_8