**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