**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:  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: | |

**Přiznaný stupeň příspěvku na péči žadatele**

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

**Žadatel má zájem o pobytovou sociální službu**

|  |
| --- |
| 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**](http://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](http://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.*

2020\_1

**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?**  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  **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 pracovnice 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 pracovnice 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](http://www.csstachov.cz) nabídka „Ke stažení“.

2020\_1