**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