|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Žádost o poskytnutí sociální služby*** | | |
| **Jméno a příjmení** …………………………….………………………………………. | | |
| **Rodné příjmení** …………………….………………… | | |
| **Datum narození** ……………. | **Místo narození** ……………………………………………. | |
| **Telefon** …………………… | **Adresa trvalého bydliště**  ………………….……………….…………PSČ…………… | |
| **Adresa pro doručování písemností**  ………………………………………………………………………………PSČ………….. | | |
| **Rodinný stav:** *svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á)* | | |
| * **Příspěvek na péči, který žadatel pobírá:**   *I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň v řízení nepřiznán*[[1]](#footnote-1) | | |
| **Důvod podání žádosti:**  **1. Sociální situace žadatele**   * žiji v domácím prostředí, které je *vyhovující/nevyhovující* **(specifikujte)** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… * dlouhodobě jsem hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení, uveďte kde   ………………………………………………………………………………………   * využívám jinou pobytovou sociální službu, uveďte   ………………………………………………………………………………………  **2. Sebeobsluha**   * péči o sebe zvládám s obtížemi (pravidelně mi pomáhá rodina, přátelé, apod.)   ………………………………………………………………………………………   * péči o sebe zvládám s obtížemi (využívám terénní pečovatelskou, popř. ambulantní sociální službu.) uveďte ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… * péči o sebe jíž zcela nezvládám ani s pomocí terénní pečovatelské služby/ rodiny   ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………… | | |
| **Jméno a adresa praktického lékaře žadatele (telefon)**  ………………………………………………………………………………………………  **Zdravotní pojišťovna:** | | |
| **Kontaktní osoby** | | |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský poměr k žadateli | Adresa a telefon |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Souhlas kontaktní osoby se zpracováním osobních údajů | Podpis:  Datum: |  |
| **Osobní údaje zákonného zástupce, byl-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům (nutno přiložit rozhodnutí soudu)** | | |
| Jméno a příjmení: |  | |
| Adresa: |  | |
| Telefon: |  | |
| Souhlas zákonného zástupce se zpracováním osobních údajů | Podpis:  Datum: | |
| **Žadatel si přeje pokoj:** *jednolůžkový, dvoulůžkový,* | | |
| Prohlašuji, že všechny údaje v této žádosti jsou pravdivé, s vědomím si možných následků, pokud by tomu bylo naopak.  Souhlasím a beru na vědomí, že mé osobní údaje budou zpracovány v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění. | | |
| .............................................................................  **Čitelný vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce)** | | |
| **V** ........................................ **Dne** .................................... | | |

# Dotazník k potřebné péči

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Chůze po místnosti**

* samostatně
* s kompenzační pomůckou (invalidní vozík, fr. hole, hůl, chodítko…)
* s pomocí druhé osoby
* imobilní
* poznámky:

**Sezení na lůžku**

* posadí se sám(a)
* s pomocí
* neprovede
* poznámky:

**Použití toalety**

* samostatně
* s pomocí druhé osoby
* toaletní křeslo: / samostatně/ s pomocí
* není schopen
* inkontinentní pomůcky: trvale/občas
* jiné:
* poznámky:

**Oblékání**

* samostatně
* s pomocí
* neprovede
* poznámky:

**Schopnost se najíst**

* nají se sám(a)
* s pomocí
* jiné:
* poznámky:

**Schopnost se napít**

* napije se sám(a)
* s pomocí
* jiné:
* poznámky:

**Osobní hygiena**

* samostatně v koupelně/na lůžku
* s pomocí druhé osoby v koupelně/na lůžku
* neprovede
* koupel: samostatně / s dohledem/ s pomocí/ neprovede
* poznámky:

**Komunikace**

* mluví zřetelně
* mluví s obtížemi
* hůře slyší - naslouchadlo: Ano/Ne
* hůře vidí
* poznámky:

**Orientace**

* plně orientován(a)
* částečně
* plně dezorientován
* poznámky:

**Užívání léků**

* užívá samostatně
* užívá samostatně, jsou-li připraveny
* léky musí být podávány jinou osobou
* poznámky:

1. * dobrovolný údaj

   [↑](#footnote-ref-1)