

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

VYZNAČTE, O KTEROU Z NABÍZENÝCH SLUŽEB ŽADÁTE:

- Služba **DOMOV PRO SENIORY** je určena ženám a mužům, kteří dosáhli věk rozhodný pro přiznání **starobního důchodu** a jejichž **potřeby není možno trvale zajistit v domácím prostředí**, ani za pomoci osob blízkých nebo jiné služby.
- Služba **DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM** je určena mužům i ženám **od 60 let**, kteří se **samostatně pohybují** a nedokážou se sami o sebe postarat z důvodu onemocnění **stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí** a ostatními typy demencí a jejich potřeby není možno zajistit v domácím prostředí ani za pomoci osob blízkých, terénní či ambulantní sociální služby.

INFORMACE O OSOBĚ, KTERÁ POTŘEBUJE POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

KONTAKT:

MÍSTO AKTUÁLNÍHO POBYTU

KDO DOPOSUD POSKYTOVAL PODPORU ČI POMOC:

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI (např. potíže se samostatným pohybem, potíže při zvládnutí péče o vlastní osobu, osamělost, ztráta bydlení, výrazné snížení psychických schopností, apod.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACE O OSOBĚ, KTERÁ POMÁHÁ S PODÁNÍM ŽÁDOSTI:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

VZTAH K ŽADATELI:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

EMAIL:

DALŠÍ KONTAKTY PRO KOMUNIKACI VE VĚCI ŽÁDOSTI (dobrovolný údaj):

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

VZTAH K ŽADATELI:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

EMAIL:

POZNÁMKY:

.....
.....
.....

Veškeré poskytnuté údaje slouží k řádnému vedení evidence žadatelů. V případě vyřazení žádosti z evidence budou údaje v souladu s platným spisovým a skartačním řádem po 1 roce skartovány.

Po podání žádosti je nutné oznámit sociální pracovníci pro jednání se zájemci o službu každou významnou změnu týkající se osoby, která potřebuje sociální službu (např. změna aktuálního pobytu, změna v soběstačnosti, poskytnutí jiné sociální služby).

Povinnou přílohou žádosti je posudek lékaře o zdravotním stavu žadatele vystavený nejpozději 1 kalendářní měsíc před podáním žádosti.

Rádi Vám poskytneme bližší informace o podmínkách poskytování služeb a možnostech řešení Vaší situace. Dotazy či rovnou vyplněnou žádost můžete zaslat e-mailem, poštou, datovou schránkou nebo podat osobně v těchto dnech: **PONDĚLÍ 8:00 – 17:00 a STŘEDA 8:00 – 15:00**

E: zadosti@domovkorytko.cz
T: 596 761 601
M: 739 201 193

ID: vcaypff

Domov Korýtko, příspěvková organizace
Petruškova 2936/6
700 30 Ostrava

V

Dne

.....
Podpis osoby, která potřebuje sociální službu

.....
Podpis osoby, která pomáhá při podání žádosti

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB VYDÁVAJÍCÍHO POSUDEK

NÁZEV:

IČ:

ADRESA:

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉ OSOBY

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (PŘIP. MÍSTO POBYTU NA ÚZEMÍ ČR, JDE-LI O CIZINCE:

ÚČEL VYDÁNÍ LÉKAŘSKÉHO POSUDKU

Posudek o zdravotním stavu na základě §91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

Posuzovaná osoba *je / není* (*) schopna sama jednat při uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby.

- Neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného **duševní poruchou** ohrozilo její život nebo jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí. (*)

ANAMNÉZA:

DIAGNÓZY:

AKTUÁLNÍ MEDIKACE A DÁVKOVÁNÍ:

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

DUŠEVNÍ STAV (projevy narušující kolektivní soužití, **pokud je zájemce v péči psychiatra, je nutno doložit zprávu z psychiatrického vyšetření**)

Došlo ke změně praktického lékaře v uplynulých 3 měsících? (*) **NE / ANO**

Je posuzovaný/á léčen/a nebo sledován/a pro infekční onemocnění nebo pro parazitární chorobu? (*)

NE / ANO – pokud ano, pro jakou:

Mobilita

Je posuzovaný/á schopen/na chůze bez pomoci? (*) **NE / ANO**

Je posuzovaný/á schopen/na chůze

- s pomocí kompenzační pomůcky
- za pomoci další osoby
- neschopen/na chůze

Je posuzovaný/á upoután/a na lůžko? (*) **NE / ANO – převážně / trvale**

Soběstačnost (v rámci základních úkonů v oblasti stravování, hygieny, oblékání)

Je posuzovaný/á schopen/na sám/a se obsloužit? (*) **NE / ANO**

Inkontinence

Je posuzovaný/á inkontinentní? (*) **NE / ANO – občas/trvale**

Je posuzovaný/á pod dohledem specializovaného oddělení? (*) **NE / ANO**

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní)

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Stravovací omezení

- plná strava
- dieta – žlučnicková
- dieta – diabetická bez inzulínu
- dieta – diabetická s inzulínem

jiné:

Jiné údaje

Přílohy

podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření; výsledky vyšetření na bacilonosičství

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotnických služeb

(*) Nehodící se škrtněte

Poučení: Prosti tomuto lékařskému posudku lze podle §46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění zákona č. 167/2012 Sb., podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal.