



CENTRUM SLUŽEB PRO SENIORY
KYJOV, příspěvková organizace

Strážovská 1095/1, 697 01 Kyjov

IČO 46937099

Podací razítko *

Číslo žádosti *

* Vyplní zařízení

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

☐ **Domov pro seniory**

Cílovou skupinou jsou osoby starší 60 let, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

☐ **Domov se zvláštním režimem**

Cílovou skupinou jsou osoby starší 55 let trpící Alzheimerovou nebo jinou formou demence, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

Žadatel(ka):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

(ulice, město, PSČ)

Telefon (pokud jej žadatel/ka využívá):

Místo, kde žadatel(ka) momentálně žije (např. v domácnosti u příbuzných, v nemocnici, LDN apod.):

Adresa, kam má být zasláno vyjádření o vyřízení žádosti v případě, že je odlišná od trvalého pobytu:

Důvod podání žádosti (popis nepříznivé sociální situace, z jakého důvodu žádáte o přijetí):

Kontaktní osoba žadatele(ky), na kterou se můžeme obrátit:

Jméno, příjmení, titul: Vztah k žadateli:

Adresa (ulice, město, PSČ):

Telefon: E-mail:

Kontakt na soudem ustanoveného zástupce (je-li ustanoven dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník):

Jméno, příjmení, titul:

Forma zastoupení: ☐ **soudem** ustanovený opatrovník

☐ **soudem** ustanovený zástupce z řad členů domácnosti

Telefon: E-mail:

Dne:.....

.....
Podpis žadatele(ky)* /zástupce

**Pokud se žadatel(ka) nemůže podepsat z důvodu fyzického handicapu, ale je schopen(na) samostatně jednat a souhlasí s podáním žádosti, podepisují žádost dva svědci dosvědčující, že by dokument podepsal(a), kdyby mohl(a).*

Veškeré poskytnuté údaje slouží k řádnému vedení evidence žadatelů. Veškeré zpracování osobních údajů se řídí platnou legislativou. Pro více informací navštivte: www.centrumproseniorykyjov.cz.

Přílohy žádosti:

- **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby** (viz příloha č. 1)
- Lékařské zprávy (*psychiatr, neurolog apod., pokud je nebo byl žadatel v jejich péči*), propouštěcí zprávy z nemocnic
- Listina o jmenování opatrovníka, soudem schválené zastoupení členem domácnosti (v případě, že má žadatel soudem ustanoveného zástupce)

Vyplněnou žádost můžete přinést osobně, zaslat na e-mail socialni@centrumproseniorykyjov.cz nebo poštou na adresu: **Centrum služeb pro seniory Kyjov, p. o., Strážovská 1095/1, 697 01 Kyjov.**

V případě dotazů se můžete obrátit na sociální pracovnice, tel. **518 699 541, 518 699 514.**

Zplnomocnění kontaktní osoby k jednání s Centrem služeb pro seniory Kyjov:

Zmocnitel (žadatel):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Bydliště:

zplnomocňuje

Zmocněnce (kontaktní osobu uvedenou v žádosti):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Bydliště:

k jednání s Centrem služeb pro seniory Kyjov, p. o. ve věci podané žádosti o poskytnutí sociální služby (od podání žádosti do případného přijetí do zařízení či vyřazení žádosti z evidence). Toto zplnomocnění se netýká samotného uzavření smlouvy o poskytování sociální služby.

V dne **Podpis zmocnitele (žadatele)**

Výše uvedené zmocnění přijímám.

Podpis zmocněnce (kontaktní osoby).....

Vyjádření lékaře¹ o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby

Jméno a příjmení, titul, zájemce o službu:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Jméno praktického lékaře:

Adresa:Telefon:

1. Anamnéza/ Objektivní nález:

2. Diagnóza (česky): (Statistická značka dle MKN):

a) hlavní diagnóza:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

c) jedná se o osobu s **DEMENCÍ** ANO typ stupeň NE

s **alkoholovou** demencí ANO NE

d) s **Alzheimerovou chorobou** ANO NE

e) s **mentálním postižením** ANO NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

3. PSYCHIATRICKÉ onemocnění:

ANO: jaké, popis:

.....

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

¹ Posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu či v případě hospitalizace vyjádření ošetřujícího lékaře

4. ONKOLOGICKÉ onemocnění:

ANO, popis:

Způsob léčby:

NE

Jedná se o onemocnění v akutní fázi:

ANO

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

5. DIETNÍ omezení:

ANO, dieta:

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

6. Potřebuje specifickou péči (PEG, sonda, permanentní močový katetr, stomie, aplikace inzulinu, kompenzační pomůcky apod.)

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

7. Je zájemce o službu schopen samostatně právně jednat (zejména ve vztahu k podpisu smluv)?

ANO

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRADÍ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Datum vyhotovení:

Razítko a podpis lékaře: