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

Odlehčovací služba

Cílovou skupinou jsou osoby starší 65 let, které v důsledku svého věku, zdravotního stavu, onemocnění Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence potřebují pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb, a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí.

Žadatel(ka):
(osoba, které bude poskytována pobytová Odlehčovací služba)

Jméno, příjmení, titul: …… **Datum narození:** ……

Adresa trvalého pobytu:

(ulice, město, PSČ) ……

Telefon (pokud jej žadatel/ka využívá): ……

Adresa aktuálního místa pobytu (vyplňte pouze v případě, že se liší od trvalého pobytu):

(ulice, město, PSČ) ……

Důvod podání žádosti:

☐ osoba, která o mě celodenně pečuje, si potřebuje odpočinout/vyřídit si osobní záležitosti

☐ jiný důvod ……

……

……

Pečující 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: ……

Příloha žádosti:

Listina o jmenování opatrovníka/soudem schválené zastoupení členem domácnosti (v případě, že má žadatel soudem ustanoveného zástupce).

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

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).*

Podání žádosti:

Vyplněnou žádost můžete přinést osobně do kanceláře sociálních pracovnic (ve všední dny), zaslat na e-mail **socialni2@centrumproseniorykyjov.cz** nebo poštou na adresu:

Centrum služeb pro seniory Kyjov, p. o.
Strážovská 1095/1
697 01 Kyjov

Sociální pracovnice Vás poté bude kontaktovat a domlouvat se na dalším postupu.

V případě dotazů se na ni můžete obrátit na tel. **518 699 514**, **721 054 968**.

Upozornění:

Odlehčovací službu můžeme poskytnout pouze v případě, že žadatel splňuje cílovou skupinu, nebrání tomu kapacitní důvody, a pokud aktuální zdravotní stav žadatele nevyžaduje nepřetržitou zdravotnickou péči, není nositelem infekční choroby a není z jeho strany riziko narušování kolektivního soužití.

CENTRUM SLUŽEB PRO SENIORY
KYJOV, příspěvková organizace

Vyjádření lékaře[1] 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 NENAHRAZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Datum vyhotovení: Razítko a podpis lékaře: