

**Žádost o poskytnutí pobytové sociální služby chráněné bydlení**

**Jano Köhlera 180/2, 798 11 Prostějov – Vrahovice**

Datum přijetí žádosti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zájemce o službu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Datum narození: | | Státní příslušnost: | |
| Rodné číslo: | | Zdravotní pojišťovna: | |
| Adresa bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |
| Průkaz osoby se zdravotním postižením (zakroužkujte): TP ZTP ZTP/P | | | |
| Přiznaný stupeň invalidity (zakroužkujte): I. stupeň II. stupeň III. stupeň | | | |
| Přiznaný stupeň příspěvku na péči (zakroužkujte): I. II. III. IV. | | | |
| Omezení způsobilosti k právním úkonům (zakroužkujte): ANO NE | | | |

**Opatrovník:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Vztah k žadateli: | | Státní příslušnost: | |
| Adresa trvalého bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní adresa: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |

**Kontaktní osoba pro případ nutnosti kontaktu s žadatelem, který je nedostupný:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | |
| Vztah k žadateli: | | Státní příslušnost: | |
| Adresa trvalého bydliště: | | | PSČ: |
| Kontaktní adresa: | | | PSČ: |
| Kontaktní údaje: | Telefon: | Email: | |

**Co od služby chráněné bydlení očekáváte?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kdo Vám doposud poskytoval pomoc a v jakém rozsahu?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Z jakého důvodu potřebujete umístění v chráněném bydlení?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Další doplňující informace dle zvážení žadatele:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Souhlas a čestné prohlášení žadatele (opatrovníka):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě a zavazuji se ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v této žádosti, vč. příloh 1, 2 a 3 v souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů pro potřeby organizace LIPKA z.s. Prostějov, poskytovatele sociálních služeb. Svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů po dobu jednání o přijetí žadatele do sociální služby, užívání služby a dobu nutnou k archivaci žádosti, souvisejících příloh a dokumentace o poskytování sociální služby.

Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat nebo upravit jeho rozsah a to písemným prohlášením provedeným přímo do spisu žadatele, nebo zasláním tohoto prohlášení na adresu zařízení uvedené v žádosti. Beru na vědomí, že žádost může být z evidence vyřazena, neboť evidenci není možné vést anonymním způsobem a dále na ni bude pohlíženo, jako by nebyla podána.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis žadatele Podpis opatrovníka

**K žádosti prosím přiložte:**

1. Vyjádření o zdravotním stavu žadatele.
2. Kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení žadatele ve způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka.
3. Kopii rozhodnutí o přiznaném příspěvku na péči.

**Vyplněnou žádost včetně příloh zašlete (osobně přineste) na z uvedených adres:**

LIPKA z.s. LIPKA z.s

chráněné bydlení

J. Köhlera 180/2 Tetín 1506/1

798 11 Prostějov – Vrahovice 796 01 Prostějov

telefon: 582 333 764 telefon: 582 360 295

email: [chb.vrahovice@oslipka.cz](mailto:chb.vrahovice@oslipka.cz) email: [oslipka@oslipka.cz](mailto:oslipka@oslipka.cz)

**Příloha k žádosti o poskytování sociální služby**

**Vyjádření registrujícího lékaře**

o zdravotním stavu žadatele **k poskytnutí pobytové sociální služby chráněné bydlení,** se sídlem Jano Köhlera 180/2, 798 11 Prostějov – Vrahovice,v souladu se stanovenou cílovou skupinou uživatelů, posláním a cílům této sociální služby viz. příloha).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele: | | |
| Datum narození: | Zdravotní pojišťovna: | |
| Adresa bydliště: | | PSČ: |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře: | |
| Zdravotní zařízení: | |
| Telefon: | E-mail: |

|  |
| --- |
| **Anamnéza (rodinná, osobní, …)** |

|  |
| --- |
| **Objektivní nález: (zdravotní postižení, chronické zdravotní problémy, …)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dopad zdravotního postižení/dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na potřeby a sebeobsluhu žadatele:** | | | |
|  | **ANO** | **NE** | **ČÁSTEČNĚ** |
| Plná samostatnost ve všech činnostech: |  |  |  |
| Chůze s pomocí kompenzačních pomůcek: |  |  |  |
| Pohyb na invalidním vozíku: |  |  |  |
| Trvalé upoutání na lůžko: |  |  |  |
| Pomoc při dodržování léčebného a dietního režimu: |  |  |  |
| Dohled nad užitím léků: |  |  |  |
| Inkontinence: |  |  |  |
| Pomoc při osobní hygieně a použití WC: |  |  |  |
| Pomoc při komunikaci: |  |  |  |
| Pomoc při vyřizování osobních záležitostí: |  |  |  |
| Pomoc při oblékání, svlékání, obouvání, vyzouvání: |  |  |  |
| Pomoc při dodržování denního režimu: |  |  |  |
| Pomoc při obstarávání, přípravě a podání stravy: |  |  |  |
| Pomoc při péči o prádlo: |  |  |  |
| Pomoc při zajištění chodu domácnosti /úklid, nákup/: |  |  |  |
| Potřeba trvalé nebo zvláštní lékařské pomoci - jaké: | | | |
| Jiné údaje dle uvážení: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potvrzení požadovaných údajů uvedených v § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb. v platném znění** | | |
|  | **ANO** | **NE** |
| Žadatel vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení: |  |  |
| Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním: |  |  |
| Žadatel trpí duševní poruchou, která by zvaným způsobem narušovala kolektivní soužití |  |  |

|  |
| --- |
| **Doporučuji – nedoporučuji** (nehodící se škrtněte) **pobyt žadatele v pobytové sociální službě chráněné bydlení.**  **Doporučuji** pobyt žadatele v pobytové sociální službě chráněné bydlení **na zkoušku** a to při zajištění specifických podmínek, jakých: |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis lékaře a razítko ZZ