

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

ČÍSLO ŽÁDOSTI:

ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

JUDR.Hana Kozáková

Loubská 69/112, 40502 Děčín

IČ 69637539

Reg.č.služby-3635249

adp-anna@seznam.cz

tel.412558245

domacipeceanna.cz

ŽADATEL

JMÉNO:

PŘÍJMENÍ:

BYDLIŠTĚ:

DATUM NAROZENÍ:

TELEFON, EMAIL:

ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ:

KONTAKTNÍ OSOBY: (Plná moc k zastupování, případně rozhodnutí soudu o opatrovnictví)

JMÉNO, PŘÍJMENÍ:

BYDLIŠTĚ:

KONTAKT (TELEFON,EMAIL):

ŽÁDÁM O POSKYTOVÁNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY V TOMTO ROZSAHU:

(popište prosím základní činnosti)

Termín pobytu

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE O ŽADATELI:

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI (PNP) a kdo jej skutečně pobírá (komu chodí na účet):

Zdravotní stav, alergie, upozornění na možné zdravotní komplikace:

Další informace, pokud je žadatel považuje za nutné sdělit pro poskytování P OS

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE: (osoby zastupující žadatele):

Všechny údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Beru na vědomí, že uzavřením smlouvy a odlehčovací služba se řídí zákonem o sociálních službách v plném znění, ceníkem odlehčovací služby, se kterým jsem se seznámil, pravidly odlehčovací služby a dalšími právními předpisy souvisejícími s výkonem této služby.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů v souladu s pravidly a předpisy o ochraně osobních údajů, ustanovením zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento souhlas uděluji po celou dobu projednávání žádosti, užívání služby a dobu nutnou k archivaci.

Souhlasím se shromažďováním dalších údajů potřebných pro uzavření smlouvy o odl.službě, provedením sociálního šetření.

Tímto prohlašuji, že nejsem souběžně uživatelem jiné sociální služby poskytující stejné služby.

DATUM:	MÍSTO:	PODPIS ŽADATELE: (nebo jeho zástupce)

--	--	--

VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI**ČÍSLO ŽÁDOSTI:**

ŽÁDOST BYLA PŘIJATA:			
DEN:	MÍSTO:		KDO ŽÁDOST PŘIJAL A VYŘÍDIL:

VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI:

>Provedení zkoumání situace - telefonem, eimailem

>Provedení sociálního šetření

>Uzavření smlouvy

>Odmítnutí žadatele - odůvodnění

PŘÍLOHY:

>Plná moc zástupce žadatele

>Případně další doklady, pokud jsou nutné doložit

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Hodící se zaškrtněte či vyplňte

SEBEOBSLUHA

Upoutání na lůžko	Trvale	
	Převážně	
	Vůbec	

Chůze	Zcela sám/sama			
	S lehkou dopomocí			
	Neschopen/a			
	S pomůckou	Hůl	Berle	Chodítko
	Na vozíku	Sám	S pomocí druhé osoby	

Schopnost vydržet v sedu 30min	Ano	Ne
---------------------------------------	-----	----

Denní činnosti:	Ano	Ne	S dopomocí
Nají se sám			
Uchopení nádoby s nápojem			
Hygiena (celková ve vaně/sprše)			
Mytí obličeje, rukou			
Oblékání			
Obouvání			

Inkontinence	Trvalá	
(stolice, moč)	Částečná	
	Noční	

Orientace	Plně orientován/a	
(časem, prostorem, osobou)	S občasnými obtížemi	
	Trvale dezorientován	

Agrese	Ano	Ne
Verbální agrese		
Fyzická agrese		
Sebepoškozování		
Nebezpečný sobě a okolí		

Potřeba lékařské péče	Téměř každý den	
	Občas	
	Pouze preventivní kontroly	

Péče odborného lékaře jako např. oční specialista, diabetolog, kardiolog, neurolog, psychiatr,

odb. ambulance apod.:

Alergie:

DATUM:	MÍSTO:	VYPLNIL, PODPIS:

INFORMACE PRO ŽADATELE POBYTOVÉ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

- > přílohou žádosti je zpráva ošetřujícího lékaře, zpravidla je jím praktický lékař
- > přílohou je seznam a rozpis užívaných léků
- > poskytovatel pracuje s osobními údaji žadatele v souladu s příslušnými právními předpisy a o všech skutečnostech je povinen zachovávat mlčenlivost
- > žadatel souhlasí se zpracováním osobních údajů
- > poskytovatel má právo odmítnout žadatele a to i v případě, že jeho zdravotní stav není odpovídající rozsahu poskytované péče, pokud není volné místo, pokud žádá žadatel o službu, která není poskytována a pokud poskytovatel vypověděl žadateli v předchozím období smlouvu z důvodu nevhodného chování, porušování vnitřních předpisů poskytovatele a pro neplacení služby
- > žadatel je seznámen s aktuální cenou služby, vnitřními předpisy, vnitřním řádem, chodem zařízení, podal řádně vyplněnou žádost a se vším v ní zmíněné souhlasí a splnil veškeré podmínky nástupu

DATUM:	MÍSTO:	PODPIS ŽADATELE:
