

Sociální služby Libina, p. o., Libina 540, 788 05

Tel: 583 233 203, 583 233 204

IČO: 75 00 39 88

e-mail: socialni2@ddlibina.cz

www.ddlibina.cz

Datum přijetí žádosti:

Razítko organizace:

Žádost o poskytnutí sociální služby v Sociálních službách Libina, p. o.

Žádám o sociální službu:

- domov pro seniory - §49
- domov se zvláštním režimem - §50

**Žádost prosím podávejte pouze v případě, že máte aktuální zájem o využití služby.
V opačném případě nemůžeme Vaši žádosti vyhovět.**

Mám zájem

- a) o okamžitý nástup v případě volné kapacity (→ zařazení do pořadníku)
- b) ozvu se sám/a až budu chtít nastoupit (→ žádost nebude dále vyřizována)

Žadatel(ka):
/ jméno, příjmení /

Narozen(a):
/ den, měsíc, rok /

Bydliště:
/ adresa včetně PSČ /

Telefon / mobil:

Kontaktní osoba (nepovinný údaj):.....

.....
/ jméno a příjmení, příbuzenský vztah, bydliště, telefon, mobil/

Doplňující údaje:

Následující údaje jsou nepovinné. Nemusíte je tedy vyplňovat. Jejich vyplněním nám však pomůžete lépe porozumět Vaší celkové životní situaci a potřebám, které chcete prostřednictvím naší sociální služby řešit.

- **Uved'te prosím o jaký pokoj máte zájem v případě nástupu** (upozorňujeme, že ne vždy je možné vašemu požadavku vyhovět, ale vždy se o to budeme co nejvíce snažit)

- trvám na jednolůžkovém pokoji
- nevadí mi 2 nebo 3 lůžkový pokoj

- **Máte podanou žádost i v jiném zařízení sociálních služeb?:** ano - ne

Pokud ano, v jakém:

.....

- **Dále uveďte co od naší služby očekáváte:**

.....

.....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a/ pravdivě. Jsem si vědom/a/, že nejpozději do 8 dnů jsem povinen/a/ ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

V dne:

.....
/ podpis žadatele /

Přílohy:

- Vyjádření lékaře – **povinné pro posouzení stavu žadatele a zařazení do pořadníku**
- Dotazník pro posouzení nepříznivé sociální situace – **povinné pro zařazení do pořadníku**
- Souhlas žadatele se shromažďováním, zpracováváním a uchováváním osobních a citlivých údajů
- Plná moc s podpisem žadatele - pokud žádost vyřizuje jiná osoba než žadatel
- U žadatele omezeného ve svéprávnosti kopie rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka

Zkontrolujte si prosím, že Vaše žádost obsahuje všechny povinné náležitosti, bez nichž není možno žadatele zařadit do pořadníku. V případě, že žádost nebude obsahovat všechny náležitosti, budete vyzváni k jejich doplnění.

Žádost zasílejte na adresu:

Sociální služby Libina, p. o., sociální pracovnice

Libina 540, 788 05 Libina

Posudek o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).

1. Informace o osobě, o jejímž zdravotním stavu se posudek vydává (dále jen „osoba“):
Jméno (či jména):
Příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu (obec, ulice, PSČ):
2. Informace o zdravotním stavu osoby: a) Výčet onemocnění (včetně popisu projevů) ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí

b) Infekční onemocnění

- osoba trpí akutním infekčním onemocněním ANO NE
- osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje

c) Smyslové postižení

- osoba trpí vážným postižením sluchu ANO NE
- osoba trpí vážným postižením zraku ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaké kompenzační pomůcky osoba využívá

d) Duševní onemocnění

- zdravotní stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení ANO NE
- popište co nejpodrobněji, jakým způsobem se projevuje osoba navenek (včetně projevů slovní i fyzické agresivity), tj. jaké je její chování vůči své osobě, svému okolí (známým, cizím osobám), prostředí, ve kterém osoba pobývá atp.

e) Nutnost hospitalizace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo potřeba přístrojového vybavení

- zdravotní stav osoby vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče ANO NE
- v případě, že hospitalizace osoby není potřebná, uveďte, zda je nezbytné, aby měla osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu k dispozici určité přístrojové vybavení (včetně informace, o jaké vybavení jde), případně zda osoba potřebuje specializovanou zdravotní péči

f) Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby

- u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností ANO NE
- osoba je orientována vlastní osobou ANO NE
- osoba je orientována časem ANO NE
- osoba je orientována místem ANO NE

- v případě, že u osoby došlo k deterioraci některých kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností, uveďte, zda (případně do jaké míry) je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací

- v případě, že osoba má snížené schopnosti v některé výše uvedené oblasti orientace nebo je již nemá zachovány, podrobněji popište, jak se projevují

g) Alkoholismus a jiné toxikománie

- užívá osoba v současné době nadměrně alkohol? ANO NE
- užívala v minulosti osoba nadměrně alkohol? ANO NE
- užívá osoba nadměrně jiné návykové látky? ANO NE

Pokud ano, jaké:

- změnilo se vlivem užívání těchto látek chování osoby? ANO NE
- Pokud ano, jak:

h) **Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:**

3. Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:

a) komunikace

- osoba nemá narušenu schopnost komunikace běžným způsobem (verbálně) ANO NE
- osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému ANO NE
- v případě, že má osoba narušenu schopnost komunikace, podrobněji popište, z jakého důvodu je schopnost narušena, případně jakým způsobem osoba komunikuje

i) mobilita (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)

- osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá udržet polohu v sedě bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- v případě, že má osoba snížené schopnosti v oblasti mobility, podrobněji popište, zda je nutná a v čem podpora jiné fyzické osoby a jaké kompenzační pomůcky osoba potřebuje

j) **stravování**

- osoba má dietní omezení
- osoba potřebuje zajistit podávání stravy výživovou sondou nebo pomocí PEG (PEJ)
- v případě, že má osoba zvýšené nároky na stravování, podrobněji popište jaké

ANO NE

ANO NE

4. Pro upřesnění potřeb osoby, je možné k žádosti přiložit výsledky odborných vyšetření. V případě, že jsou k žádosti přiložena, uveďte, o jaká vyšetření jde:

5. Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:

.....
datum vydání potvrzení

.....
jmenovka a podpis lékaře

.....
otisk razítka

6. Záznamy poskytovatele k zdravotnímu stavu osoby:

.....
datum, jméno a podpis

Plná moc

Já (zmocnitel).....,

bytem:.....,

dat. narození:.....

zmocňuji tímto:

pana / paní:

datum narození:

bydliště:

.....

k provádění těchto úkonů:

zastupování ve všech věcech při vyřizování mé žádosti o poskytování sociální služby v Sociálních službách Libina, p. o. a k provádění úkonů s tím souvisejících, včetně přebírání písemností.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem:

V dne

.....

zmocnitel

.....

zmocněnec

S O U H L A S Ž A D A T E L E

se shromažďováním, zpracováváním a uchováváním osobních a citlivých údajů

Svým podpisem dávám souhlas se shromažďováním, zpracováváním a uchováváním osobních a citlivých údajů v souladu s legislativními předpisy v oblasti ochrany osobních údajů, a to po dobu vedení žádosti v pořadníku žadatelů či odmítnutých zájemců. Zpracovávanými údaji jsou: jméno a příjmení, datum narození, adresa trvalého případně přechodného pobytu, telefonický kontakt, údaje o zdravotním stavu, případně další údaje, které se žadatel rozhodne z vlastní vůle poskytnout.

V..... dne:.....

.....
vlastnoruční podpis žadatele

Pokud nedojde k uzavření smlouvy o poskytování sociální služby z důvodu odmítnutí žadatele, nástupu žadatele do jiného zařízení nebo úmrtí žadatele, budou tiskopisy obsahující osobní a citlivé údaje uloženy do archivu v souladu s předpisy organizace, která se řídí zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě, ve znění pozdějších předpisů.

Svým podpisem dávám souhlas s uchováváním osobních a citlivých údajů po dobu archivace (do doby skartace).

V..... dne:.....

.....
vlastnoruční podpis žadatele

Poučení:

Jsem si vedom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat nebo upravit jeho rozsah, a to písemným prohlášením.

**DOTAZNÍK PRO POSOUZENÍ NEPŘÍZNVÉ SOCIÁLNÍ SITUACE ŽADATELE O SOCIÁLNÍ
SLUŽBU V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH LIBINA**

Jméno a příjmení žadatele:.....

Zakroužkujte správnou odpověď

Dopad nepříznivé sociální situace žadatele

MOBILITA:

1. Žadatel používá kompenzační pomůcky – *pokud ano, označte jaké:* o ano o ne
vycházková hůl, francouzská hůl, chodítko, invalidní vozíček, ...

2. Žadatel je zcela imobilní (úplně ležící, sám se neposadí ani nepostaví na nohy) o ano o ne

Žadatel zvládne:

3. Vstávání, stoj a usedání (*z lůžka na židli a zpět*) o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

4. Chůzi po místnosti o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

5. Chůzi na WC o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

6. Chůzi po venku o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

7. Chůzi po schodech nahoru i dolů v rozsahu 1 patra o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

ORIENTACE:

1. Žadatel je schopen poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

2. Žadatel je orientován časem (ví, jaké je datum, kolik je hodin) o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

3. Žadatel je orientován místem (ví, kde žije, v jakém městě) o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

4. Žadatel je orientován osobou (zná své jméno, datum naroz.) o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

5. Žadatel je schopen orientovat se v obvyklém prostředí o ano částečně nebo o ne
s dopomocí

KOMUNIKACE:

- | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Žadatel je schopen vyjádřit se mluvenou řečí | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 2. Žadatel je schopen porozumět mluvené řeči | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 3. Žadatel je schopen sám komunikovat pomocí telefonu (například zavolat rodině, lékaři apod.) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 4. Žadatel je schopen vyjádřit se a porozumět písemné Formě komunikace (napsat dopis, přečíst si a porozumět) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 5. Žadatel je schopen navázat a udržovat vztah s jinými osobami | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |

SEBEOBSLUŽNÉ ČINNOSTI:

- | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Žadatel je schopen sám si připravit stravu i nápoje (nachystat snídani, uvařit oběd, večeři, uvařit si kávu, čaj, apod) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 2. Žadatel je schopen sám dodržovat dietní režim | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 3. Žadatel je schopen obsloužit se – např. při donášce stravy (nachystat si jídlo z jídlonosičů na talíř, nalít si nápoj) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 4. Žadatel je schopen se sám najíst (lžící, příborem) a napít | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 5. Žadatel je schopen se sám obléknout a svléknout | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 6. Žadatel je schopen si sám obout a zout boty, papuče | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 7. Žadatel je schopen manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem (např. dát špinavé prádlo do koše, aj.) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 8. Žadatel je schopen samostatně provést celkovou hygienu (sám se osprchuje, vykoupe) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 9. Žadatel je schopen samostatně provést ranní hygienu (sám si umyje obličej, chrup, oholí se, učeše se) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 10. Žadatel je schopen samostatně užívat léky a zdrav. pomůcky | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 11. Žadatel je schopen dodržovat návštěvy u lékaře (pravidelná kontrola, dochází léky, změna zdrav. stavu apod.) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 12. Žadatel je schopen rozvrhnout si a dodržet režim dne | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |

- | | | | |
|---|-------|-----------------------------|------|
| 13. Žadatel je schopen vykonávat volnočasové aktivity
Pokud ano, uveďte jaké (např. procházky, vyšívání, čtení)
..... | o ano | částečně nebo
s dopomocí | o ne |
| 14. Žadatel je schopen nakládat s peněžními prostředky | o ano | částečně nebo
s dopomocí | o ne |
| 15. Žadatel je schopen obstarat si běžný nákup | o ano | částečně nebo
s dopomocí | o ne |
| 16. Žadatel je schopen ovládat běžné domácí spotřebiče | o ano | částečně nebo
s dopomocí | o ne |
| 17. Žadatel je schopen udržovat kolem sebe pořádek | o ano | částečně nebo
s dopomocí | o ne |

Možnosti zajištění potřebné pomoci a podpory

A. Dostupnost terénních a ambulantních služeb

(Charita, Pečovatelská služba, Odlehčovací služba, Terénní programy, Centrum denních služeb, denní stacionáře)

Označte, prosím, jednu z uvedených možností:

- Terénní a ambulantní služby jsou dostupné v místě bydliště, v obci, městě, kde žadatel žije, má tedy možnost je využívat.
- Terénní a ambulantní služby jsou v dosahu 10 km za hranicí obce, města, kde žadatel žije.
- Terénní a ambulantní služby jsou nad 10 km za hranicí obce, města, kde žadatel žije, případně jsou nedostačující.

B. Možnosti zajištění neformální pomoci

Označte, prosím, jednu z uvedených možností:

- Žadatel má ve svém okolí osobu, která však není schopna a ochotna poskytnout požadovanou péči do doby, než bude žadatel přijat do zařízení sociálních služeb (z důvodu zaměstnání, zdravotního stavu, jiných osobních důvodů, aj.)
- Žadatel nemá ve svém okolí osobu, která by byla schopna a ochotna poskytnout požadovanou péči (manžel/ka, člen rodiny, přítel, soused/ka)

C. Nevyhovující bytové podmínky

Označte, prosím, nakolik jsou následující oblasti v prostředí, ve kterém žadatel bydlí vyhovující:

- technický stav nemovitosti
- forma vytápění – jednoduché - elektřina, plyn, automatický kotel – jednoduchá obsluha
- bytové zázemí – např. nevyhovující stísněné bytové prostory obývané vícečlennou domácností
 - vyhovující
 - méně vyhovující
 - nevyhovující

Příspěvek na péči

Označte, prosím, jednu z uvedených možností:

- Žadatel nemá přiznán PNP nebo byla podána žádost a ta je v řízení
- Žadatel má přiznán I. stupeň PNP (880,- Kč)
- Žadatel má přiznán II. stupeň PNP (4.400,- Kč)
- Žadatel má přiznán III. stupeň PNP (8.800,- Kč)
- Žadatel má přiznán IV. stupeň PNP (13.200,- Kč)

Vazba k Olomouckému kraji

(bydliště, rodinní příslušníci žijící v Olomouckém kraji)

- Žadatel má bydliště nebo jinou významnou vazbu v Olomouckém kraji o ano o ne

Vyplnil:

Datum:

Podpis: