

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, rodné příjmení /

Narozen(a) :
/ den, měsíc, rok a místo /

Bydliště :
/ adresa včetně PSČ /

Telefon / mobil :

Kontaktní osoba :
.....
/ jméno a příjmení, příbuzenský vztah, bydliště, telefon, mobil /

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

Pokud ano, jsou její odpovědi přiléhavé? Ano Ne
Komunikuje osoba neverbálně (mimoslovně, alternativním způsobem)? Ano Ne
- Pokud ano, jak:

Smyslové schopnosti

Má osoba nějaké smyslové omezení (zrak, sluch)? Ano Ne
- Pokud ano, jaké využívá kompenzační pomůcky:
.....

Stravování

Má osoba nějaké dietní omezení? Ano Ne
- Pokud ano, jaké:

Je potřeba osobě stravu porcovat či mixovat? Ano Ne

Podává se osobě strava do sondy? Ano Ne

- Pokud ano, jaká:

Fyziologické potřeby

Trpí osoba inkontinencí moče? Ano Ne

- Pokud ano, má zavedený permanentní katetr? Ano Ne

Trpí osoba inkontinencí stolice? Ano Ne

Je třeba sledovat bilanci tekutin? Ano Ne

Péče o zdraví

Je osoba schopna sama dodržovat léčebný režim? Ano Ne

Potřebuje osoba pomoci s přípravou léků a léčivých přípravků? Ano Ne

Je osoba schopna sama si podat léky a léčivé přípravky? Ano Ne

Je potřeba při podávání léků kontrolovat polykací reflex? Ano Ne

5. Potřeba zajištění zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení

Potřebuje osoba napojení na monitorovací systém sledující základní životní funkce? Ano Ne

Potřebuje osoba kyslíkovou terapii? Ano Ne

Potřebuje osoba jiné přístrojové vybavení ke svému životu? Ano Ne

- Pokud ano, jaké:

Potřebuje osoba jinou zdravotní péči speciální? Ano Ne

- Pokud ano, jakou:

6. Bezinfekčnost osoby

Je osoba HBSAg pozitivní? Ano Ne

- Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
.....

Je osoba HIV pozitivní? Ano Ne

- Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
.....

Je osoba TBC pozitivní? Ano Ne

- Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
.....

Prodělala osoba v uplynulých 3 měsících nějaké parazitologické onemocnění? Ano Ne

- Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
.....

Je u osoby diagnostikována nějaká infekční výše neuvedená choroba? Ano Ne

- Pokud ano, jaká:

- Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
.....

7. Zhodnocení duševního stavu

Projevuje se u osoby zapomínání? Ano Ne

Je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací? Ano Ne

Projevují se znaky verbální či fyzické agrese? Ano Ne

- Pokud ano, jaké:

Projevují se znaky sebepoškozování? Ano Ne

Změnilo se vlivem duševního stavu chování této osoby? Ano Ne

- Pokud ano, jak:

8. Alkoholismus a jiné toxikománie

Užívá 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:

9. Další doplňující důležité informace o zdravotním stavu osoby

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

Doporučujeme:

K tomuto formuláři připojit kopie posledních zpráv z vyšetření odborných lékařů – specialistů (neurolog, psychiatr apod.).

Dne:

.....

Jméno a příjmení, podpis,
razítko lékaře

Prosíme o přesné a pečlivé vyplnění tiskopisu a nezamlčování důležitých skutečností.

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 se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu vedení žádosti v pořadníku žadatelů či odmítnutých zájemců. Zpracovávanými údaji jsou: jméno a příjmení, datum a místo narození, adresa trvalého pobytu, telefonický kontakt, údaje o zdravotním stavu, případně další údaje.

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

**DOTAZNÍK PRO POSOUZENÍ NEPŘÍZNIVÉ 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 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) | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |

.....

- | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Žadatel je schopen nakládat s peněžními prostředky | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 15. Žadatel je schopen obstarat si běžný nákup | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 16. Žadatel je schopen ovládat běžné domácí spotřebiče | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> ne |
| 17. Žadatel je schopen udržovat kolem sebe pořádek | <input type="radio"/> ano | částečně nebo s dopomocí | <input type="radio"/> 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 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 ano ne

Vyplnil:

Datum:

Podpis: