NADĚJE, POBOČKA ZLÍN
ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Číslo žádosti:

☐ **Dům pokojného stáří Naděje Zlín**

Okružní 5550, Zlín – Jižní Svahy

☐ domov se zvláštním režimem

☐ domov pro seniory

☐ **Dům pokojného stáří Naděje Malenovice**

Sokolovská 967, Zlín – Malenovice

☐ domov se zvláštním režimem

Upozornění: Je nutné zakřížkovat konkrétní domov i vybranou službu.
<u>Žádost je nutné podat na každý domov a službu zvlášť.</u>

1. Informace o žadateli

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ)	
Telefon	**E-mail**
Adresa aktuálního pobytu žadatele	
Přiznaný stupeň závislosti na pomoc jiné osoby (příspěvek na péči)*	

*(nepovinný údaj)

2. Opatrovník (<u>je-li ustanoven soudem</u>)

Jméno a příjmení		
Adresa		
Vztah k žadateli	Tel. kontakt	E-mail

3. Kontaktní osoba (rodinný příslušník, příp. jiná blízká osoba žadatele, pokud není soudem stanoven opatrovník)

Jméno a příjmení		
Adresa		
Vztah k žadateli	Tel. kontakt	E-mail

4. **Důvody podání žádosti**

Zde stručně shrňte, co Vás vede k podání žádosti např. opakované hospitalizace, náhlé zhoršení zdr. stavu a tím nemožnost zajištění potřebné péče, úmrtí pečující osoby apod.

5. **Stupeň naléhavosti zahájení služby** (prosím níže podtrhněte nebo zakroužkujte)

Vysoký (ihned nebo do půl roku)	Nízký (s výhledem do budoucna)

6. **Očekávání žadatele od služby**

Jaká jsou očekávání od zařízení sociálních služeb (stručně můžete popsat, co od naší služby očekáváte, co potřebujete, co si přejete, např. zajištění potřebné péče, nabídka volnočasových aktivit…).

Beru na vědomí informaci, že NADĚJE zpracovává osobní údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/697 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR) a dále v souladu s relevantními vnitrostátními právními předpisy v oblasti ochrany osobních údajů. Z této žádosti zjišťuje a zpracovává osobní údaje nezbytné pro účely poskytování sociálních služeb, a to po nezbytnou dobu.

Potvrzuji tímto seznámení se s Informacemi o zpracování osobních údajů žadatelů o sociální službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb pro účel zpracovávání „Evidence žadatelů o sociálních službu a zástupců poskytovatelů sociálních služeb ve webové aplikaci KISSoS sloužící k plánování sociálních služeb na území Zlínského kraje.“

Jsem si vědom/a povinnosti uvést pravdivé údaje a písemně nebo telefonicky ohlásit poskytovateli sociální služby změny v uvedených skutečnostech nejpozději do 14 dnů ode dne, kdy ke změně došlo (změna adresy, zdrav. stavu, kontaktní osoby).

Ve …… dne ……

……

Podpis žadatele/opatrovníka (pouze stanoveného soudem)

K podepsané žádosti prosím přiložte:

- ***vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu (vyplní lékař)***
- ***Informace o aktuálním stavu žadatele (vyplní žadatel, opatrovník nebo rod. příslušník)***

Žádost o poskytování sociálních služeb byla podána (vyplňuje pracovník domova)
Datum …… Podpis ……

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele
o poskytování sociálních služeb
domova pro seniory / domova se zvláštním režimem *)

NADĚJE, pobočka Zlín

Dům pokojného stáří, Okružní 5550, 760 05 Zlín

1. Žadatel:……..……..……..

příjmení a jméno

Narozen:…….

den, měsíc, rok

Bydliště…….……

město, ulice, číslo popisné

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

5. Diagnóza (česky) Číslo diagnózy podle MKN:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Je schopen chůze bez cizí pomoci ano - ne - s dopomocí)*

Je upoután na lůžko: ano - ne *)

Jestliže je upoután na lůžko, tak: PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ)*

Je schopen sám sebe obsloužit: ano - ne - částečně *)

Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován: ano - ne - částečně *)

Inkontinence: ne *)

občas

v noci

trvale

Potřebuje ošetřovatelskou péči: trvale občas *)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *)

Potřebuje zvláštní péči - jakou:

7. Další speciální údaje, např.:

- psychiatrické onemocnění
- abusus alkoholu
- TBC
- HbSAg

8. Jiné údaje:

Dne: ……. ……

razítko ZZ podpis vyšetřujícího lékaře

*) nehodící se škrtněte

Informace o aktuálním stavu žadatele

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Orientace	☐ orientován	☐ částečně orientován	☐ zcela neorientován
Doplňující informace:			
Komunikace	☐ bez omezení	☐ částečně omezena	☐ není schopen komunikace
Doplňující informace:			
Problémy se sluchem	☐ ne/sluch přiměřen věku	☐ ano používání naslouchadla ☐ ano ☐ ne	
Doplňující informace:			
Problémy se zrakem	☐ ne/zrak přiměřen věku	☐ ano používání brýlí/lupy ☐ ano ☐ ne	
Doplňující informace:			
Chůze	☐ samostatně	☐ s pomocí	☐ zcela upoután na lůžku
Pomůcky používané při chůzi:			
Doplňující informace:			
Sed	☐ samostatně	☐ s pomocí	☐ není schopen sedu
Pomoc se stravou	☐ zvládne sám	☐ pomoc pouze s přípravou stravy	☐ pomoc s přípravou i podáním stravy
Doplňující informace:			
Pomoc s hygienou	☐ zvládne sám	☐ s částečnou pomocí	☐ úplná závislost
Doplňující informace:			
Oblékání/obouvání	☐ zvládne sám	☐ s částečnou pomocí	☐ úplná závislost
Doplňující informace:			
Výkon fyziologických potřeb	☐ zvládne sám	☐ s pomocí zvládne použít toaletu příp. WC křeslo	☐ plně inkontinentní, nutná pomoc při výměně inko. pomůcek
Doplňující informace:			
Péče o zdraví/ dodržování léčebného režimu	☐ zvládne sám	☐ s částečnou pomocí (připomenout, dohled)	☐ úplná závislost
Doplňující informace:			