



## ŽÁDOST

o pobytovou sociální službu – Odlehčovací služba „Čtyřlístek“

Klatovská třída 1892/145, Plzeň 3 - Jižní Předměstí, 301 00 Plzeň

Žadatel:

Příjmení, jméno, titul		
Datum narození		
Adresa bydliště		
Telefon		e-mail adresa

Kontaktní osoba žadatele:

Příjmení, jméno, titul		
Vztah k žadateli		
Datum narození		
Adresa bydliště		
Telefon		e-mail adresa

Kontaktní osoby žadatele pro účely spolupráce po dobu pobytu (pověřená osoba):

Příjmení, jméno, titul		
Vztah k žadateli		
Datum narození		
Adresa bydliště		
Telefon		e-mail adresa

Požadované období pobytu (min. 14 dní, max. 31 dní)

Od:	Do:
-----	-----



### Vymezení schopností žadatele

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen polohy v sedě, v křesle/invalidním vozíku?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen sám se najíst, napít?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je upoután na lůžku?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> převážně	<input type="checkbox"/> trvale	
Používá kompenzační pomůcky?	<input type="checkbox"/> hole	<input type="checkbox"/> invalidní vozík	<input type="checkbox"/> chodítka	
Inkontinence:	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> v noci	<input type="checkbox"/> trvale	
Sluch:	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyšící
Zrak:	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> zhoršené vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
Potřebuje žadatel zvláštní péči s ohledem na orientaci, mobilitu a komunikaci:				
	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
V případě odpovědi ANO – uveďte, jakou:				

### Doložte (požadované přílohy):

- Lékařskou zprávu
- Plnou moc
- Rozhodnutí soudu o opatrovnictví /o omezení svéprávnosti (pokud bylo vydáno)

### Prohlášení žadatele (opatrovníka):

Tímto prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, souhlasím se zpracováním (shromažďování, používání, uchovávání, třídění, předávání a ukládání, včetně archivace a skartace) osobních a citlivých osobních údajů pro účely poskytování sociální služby (pro podávání žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb nebo k uzavření či změně smlouvy o poskytování sociální služby).

Dále prohlašuji, že veškeré mnou uvedené údaje jsou pravdivé a žádnou podstatnou skutečnost, která by měla vliv na přijetí nebo na poskytování sociální služby, jsem nezamtl/a. Pokud dojde v údajích uvedených v žádosti o přijetí ke změně, tuto neprodleně oznámím. Jsem si vědom/a, že poskytnutí souhlasu je dobrovolné a mohu jej kdykoli odvolat, stejně jako že uvedení nepravdivých údajů nebo odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů bude mít za následek nepřijetí do sociální služby. Jsem si vědom/a, že pokud osobní a citlivé osobní údaje pro uvedené účely neposkytnu, nemůže dojít k uzavření nebo změně smlouvy o poskytování sociální služby ani k poskytování sociálních služeb dle této smlouvy.

V .....dne .....

Podpis

**Kontaktní i pověřená osoba svým podpisem stvrzují, že se seznámili s „Informacemi pro zájemce o pobytovou Odlehčovací službu“ a souhlasí, že po dobu pobytu žadatele budou s poskytovatelem služby úzce spolupracovat.**

.....  
Podpis kontaktní osoby

.....  
Podpis pověřené osoby



## Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu – odlehčovací služby § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. (příloha k žádosti)

Titul, jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Žadatelova aktuální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby:

ANO  NE

V případě odpovědi ANO – uveďte, zda je pravidelná pomoc potřebná z důvodu:

- Věku a zdravotního stavu
- Alzheimerovy choroby
- Jiného typu demence
- Duševního onemocnění
- Jiné – uveďte:

Aktuální zdravotní stav žadatele (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy):

Žadatel trpí akutní infekční nemocí:

ANO  NE

Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy vážným způsobem narušovalo kolektivní soužití:

ANO  NE



**Poslední medikace (rozpis):**

**Souhrn diagnóz:**

**Praktický lékař byl rodinou obeznámen s nástupem svého pacienta na Odlehčovací služby a  
SOUHLASÍ x NESOUHLASÍ s vystavením poukazu ORP.**

**Po dobu pobytu pacienta na odlehčovacím pobytu zařízení neposkytuje vlastní inkontinenční pomůcky.**

**Pokud má klient doporučení na odborné vyšetření plánované v době odlehčovacího pobytu převoz sanitním vozem (převozku) předepisuje praktický lékař.**

**Vyplnil:**

**Datum:**

**Razítko a podpis lékaře**