



Žádost o poskytnutí sociální služby chráněné bydlení v Domově u Třebůvky Loštice, p. o.

ZÁJEM O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ: (zvolenou odpověď, prosíme, **označte křížkem ☒**)

PROZATÍM NECHCI VYUŽÍVAT (ozvu se sám/sama)
žádost nebudeme dále vyřizovat

CHCI VYUŽÍVAT CO NEJDŘÍVE, POKUD JE VOLNÁ KAPACITA
případně jakmile se uvolní kapacita – žádost zařadíme do „Seznamu žadatelů“

titul, jméno (jména) a příjmení žadatele / žadatelky:

datum narození:

telefon:

adresa, na které přebíráte korespondenci (obec, ulice, PSČ):

Pokud nastane změna v uvedených údajích (např. jiná adresa bydliště, telefonní kontakt apod.) tak o změně informujte sociální pracovníci Domova u Třebůvky Loštice, děkujeme.

Z jakého důvodu žádáte o poskytnutí sociální služby a co od sociální služby očekáváte?

NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY NEMUSÍTE ZODPOVÍDAT. Pokud otázky zodpovíte, pomůžete nám porozumět momentální situaci, potřebám a očekávání...

01. Máte zájem o poskytnutí bytové jednotky?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> jednolůžkové jednotky (chci bydlet sám/sama) | |
| <input type="checkbox"/> dvojlůžkové jednotky (bydlení ve dvojici s dalším uživatelem) | |
| <input type="checkbox"/> dvojlůžkové jednotky (bydlení ve dvojici s osobou blízkou) | |

02. Běžnou péči o svou osobu zvládáte?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby | |
| <input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby | |

03. Přípravu vařeného jídla zvládáte?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby / oběd je mi dovážen | |

04. Přípravu snídaně, svačiny, večeře si zvládáte připravit?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby | |
| <input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby | |

05. Vyžadujete speciální stravovací metody?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ne, nevyžaduji | |
| <input type="checkbox"/> mletá / mixovaná strava | |
| <input type="checkbox"/> poskytnutí stravy pomocí PEGu | |

06. Konzumaci jídla a pití zvládáte?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby | |
| <input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby | |

07. Oblékání či svlékání zvládáte?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby | |
| <input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby | |

08. Pohybujete se?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí vycházkové hole | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí francouzské hole či dvou francouzských holí | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí chodítka | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí invalidního vozíku (částečně) | |
| <input type="checkbox"/> s pomocí invalidního vozíku (trvale) | |

09. Ulehání či vstávání z lůžka zvládáte?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> sám/sama | |
|-----------------------------------|--|

<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládáte a jste odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
10. Osobní hygienu (koupání, sprchování) zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
11. Péči o vlasy a nehty (např. česání, střihání nehtů) zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
12. Orientaci v prostoru (např. v čekárně, v obchodě) zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
13. Komunikaci (např. úřady, lékař) při vyřizování různých záležitostí zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
14. Nakládání s peněžními prostředky (např. zaplacení SIPO) zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
15. Úklid v bytě (např. utření prachu, vysátí, vyřetí, umytí okna) zvládáte?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
16. Běžný nákup si zvládnete obstarat?	
<input type="checkbox"/> sám/sama	
<input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby	
<input type="checkbox"/> nezvládám a jsem odkázán/odkázána zcela na pomoc druhé osoby	
17. Využíváte podporu a pomoc od terénní nebo ambulantní sociální služby? (např. Charita, odlehčovací služba, pečovatelská služba, ...)	
<input type="checkbox"/> nevyužívám	
<input type="checkbox"/> využívám (uveďte jakou):	
18. Máte vazbu k Olomouckému kraji?	
<input type="checkbox"/> ano, např. pobývám zde trvale, mám tu rodinu, dříve jsem zde žil/žila	
<input type="checkbox"/> ne	

Vážená paní, vážený pane,

- osobní údaje a zvláštní kategorie osobních údajů (citlivé údaje) uvedené v „Žádosti o poskytnutí sociální služby“ vč. „Vyjádření lékaře k žádosti“ zpracováváme po dobu evidence dokumentů v „Seznamu žadatelů“, poskytování sociální služby a dobu stanovenou zákonem k archivaci a následné skartaci;
- dále Vás informuje, že „Vyjádření lékaře k žádosti“ sociální pracovnice konzultuje se smluvním lékařem Domova u Třebůvky Loštice.

Dokument „**Poskytnuté údaje jsou u nás v bezpečí...** základní informace o zpracování osobních a zvláštní kategorie osobních údajů v DuT Loštice“ je přiložen k tiskopisu „Žádosti o poskytnutí sociální služby“ a je rovněž zavěšen na webové stránce **www.utrebuvky.cz** (v případě projeveného zájmu dokument zašleme poštou).

.....
datum

.....
podpis žadatele / žadatelky nebo opatrovníka *
* k žádosti přiloží kopii usnesení o ustanovení opatrovníka

Často se nás ptáte, co bude následovat po odeslání žádosti? Po doručení „Žádosti o poskytnutí“ se s Vámi telefonicky spojí naše sociální pracovnice. Domluví si termín návštěvy. Během své návštěvy Vám představí rozsah činností, které jsme schopni pro Vás zabezpečit, ukáže fotografie bytové jednotky a společných prostor. **Zodpoví Vaše dotazy a objasní, jaké další kroky budou následovat, např. jak dlouho budete čekat na uzavření smlouvy apod.**

Rozumíme tomu, že každé rozhodnutí je těžké. Není jednoduché opustit stávající byt a město, ve kterém žijete; přátelé a známé nebo blízká místa, třeba lavičku v parku... Sociální pracovnice Vám bude poskytovat podporu pro rozhodnutí a následně pomoc zvládnout život v novém prostředí. **Nebojte se, společně to dokážeme...**

Vyplněné tiskopisy „**Žádost o poskytnutí**“ a „**Vyjádření lékaře k žádosti**“
zašlete poštou nebo předejte na adrese:

Domov u Třebůvky Loštice, příspěvková organizace, Hradská 113/5, 789 83 Loštice

Případné dotazy zodpoví sociální pracovnice Domova u Třebůvky Loštice
mobilní telefon: **604 801 656** | e-mail: **socialni@utrebuvky.cz**

Vyjádření lékaře k žádosti

o poskytnutí sociální služby v Domově u Třebůvky Loštice

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je nutné, aby „Vyjádření lékaře k žádosti“ bylo vydáno registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče). **Domov u Třebůvky** poskytuje pobytovou sociální službu „chráněné bydlení“, která je určena osobám od 45 let se **sníženou soběstačností z důvodu zdravotního omezení nosného nebo pohybového aparátu se zachování částečné mobility a chronickým onemocněním, kteří jsou schopni částečné sebeobsluhy**. Základní činnosti poskytovatele sociální služby, kromě poskytnutí ubytování, jsou uživatelům zabezpečeny ve všední dny od 6:00 do 19:00 hod. a v ostatních dnech od 7:30 do 19:00 hod. **Informujeme Vás, že během noci zůstávají uživatelé bez podpory a pomoci pracovníků sociálních služeb. V týmu pracovníků není zastoupen zdravotní ani ošetrovatelský personál.**

titul, jméno (jména) a příjmení posuzované osoby:

datum narození:

1. Popište zdravotní stav osoby – nepřikládejte lékařské zprávy – výčet onemocnění včetně projevů ze základní anamnézy, se kterými se osoba léčí, popište česky:

2. Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> 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:

3. Trpí akutní infekční nemoci?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
--	------------------------------	-----------------------------

- Uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje:

4. Zdravotní stav osoby umožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> 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.:

5. Kognitivní a smyslové funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti		
--	--	--

- Deteriorace intelektu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
--------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Deteriorace kognitivních funkcí?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Je orientována vlastní osobou?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Je orientována časem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
-------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Je orientována místem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
--------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Trpí výrazným snížením sluchu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Trpí výrazným postižením zraku?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Komunikuje běžným způsobem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
-------------------------------	------------------------------	-----------------------------

- Komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> 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:

6. Alkoholismus a návykové látky		
---	--	--

- Užívá v současné době nadměrně alkohol?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
---	------------------------------	-----------------------------

- Užívá v současné době návykové látky?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
---	------------------------------	-----------------------------

- Změnilo se pod vlivem těchto látek chování?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
---	------------------------------	-----------------------------

- Pokud se chování změnilo, popište příznaky:

7. Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou uvedena výše např. je schopna bez pomoci zabezpečit svůj zdravotní stav během noci apod.?

.....
datum vydání

.....
jmenovka a podpis lékaře

.....
otisk razítka