



CENTRUM SLUŽEB PRO SENIORY
KYJOV, příspěvková organizace

Strážovská 1095/1, 697 01 Kyjov

IČO 46937099

Podací razítko *

Číslo žádosti *

* Vyplní zařízení

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov pro seniory

Domov se zvláštním režimem

Cílovou skupinou jsou osoby starší 60 let, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

Cílovou skupinou jsou osoby starší 55 let trpící Alzheimerovou nebo jinou formou demence, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb a nejsou schopny žít ve svém přirozeném prostředí za podpory jiných typů sociálních služeb, rodiny či blízkých osob.

Žadatel(ka):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

(ulice, město, PSČ)

Telefon (pokud jej žadatel/ka využívá):

Místo, kde žadatel(ka) momentálně žije (např. v domácnosti u příbuzných, v nemocnici, LDN apod.):

Adresa, kam má být zasláno vyjádření o vyřízení žádosti v případě, že je odlišná od trvalého pobytu:

Důvod podání žádosti (popis nepříznivé sociální situace, z jakého důvodu žádáte o přijetí):

Kontaktní osoba žadatele(ky), na kterou se můžeme obrátit:

Jméno, příjmení, titul: Vztah k žadateli:

Adresa (ulice, město, PSČ):

Telefon: E-mail:

Kontakt na soudem ustanoveného zástupce (je-li ustanoven dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník):

Jméno, příjmení, titul:

Forma zastoupení: **soudem** ustanovený opatrovník

soudem ustanovený zástupce z řad členů domácnosti

Telefon: E-mail:

Dne:.....

.....

Podpis žadatele(ky)* /zástupce

**Pokud se žadatel(ka) nemůže podepsat z důvodu fyzického handicapu, ale je schopen(na) samostatně jednat a souhlasí s podáním žádosti, podepisují žádost dva svědci dosvědčující, že by dokument podepsal(a), kdyby mohl(a).*

Veškeré poskytnuté údaje slouží k řádnému vedení evidence žadatelů. Veškeré zpracování osobních údajů se řídí platnou legislativou. Pro více informací navštivte: www.centrumproseniorykyjov.cz.

Přílohy žádosti:

- **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby** (viz příloha č. 1)
- Lékařské zprávy (*psychiatr, neurolog apod., pokud je nebo byl žadatel v jejich péči*), propouštěcí zprávy z nemocnic
- Listina o jmenování opatrovníka, soudem schválené zastoupení členem domácnosti (v případě, že má žadatel soudem ustanoveného zástupce)

Vyplněnou žádost můžete přinést osobně, zaslat na e-mail socialni@centrumproseniorykyjov.cz nebo poštou na adresu: **Centrum služeb pro seniory Kyjov, p. o., Strážovská 1095/1, 697 01 Kyjov.**

V případě dotazů se můžete obrátit na sociální pracovnice, tel. **518 699 541, 518 699 514.**

Zplnomocnění kontaktní osoby k jednání s Centrem služeb pro seniory Kyjov:

Zmocnitel (žadatel):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Bydliště:

zplnomocňuje

Zmocněnce (kontaktní osobu uvedenou v žádosti):

Jméno, příjmení, titul: Datum narození:

Bydliště:

k jednání s Centrem služeb pro seniory Kyjov, p. o. ve věci podané žádosti o poskytnutí sociální služby (od podání žádosti do případného přijetí do zařízení či vyřazení žádosti z evidence). Toto zplnomocnění se netýká samotného uzavření smlouvy o poskytování sociální služby.

V dne **Podpis zmocnitele (žadatele)**

Výše uvedené zmocnění přijímám. **Podpis zmocněnce (kontaktní osoby)**.....

Vyjádření lékaře¹ o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí pobytové sociální služby

Jméno a příjmení, titul, zájemce o službu:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Jméno praktického lékaře:

Adresa: Telefon:

1. Anamnéza/ Objektivní nález:

2. Diagnóza (česky):

(Statistická značka dle MKN):

a) hlavní diagnóza:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

c) jedná se o osobu s **DEMENCÍ** ANO typ stupeň NE

s **alkoholovou** demencí ANO NE

d) s **Alzheimerovou chorobou** ANO NE

e) s **mentálním postižením** ANO NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

3. PSYCHIATRICKÉ onemocnění:

ANO: jaké, popis:

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

¹ Posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu či v případě hospitalizace vyjádření ošetřujícího lékaře

4. ONKOLOGICKÉ onemocnění:

ANO, popis:

Způsob léčby:

NE

Jedná se o onemocnění v akutní fázi:

ANO

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

5. DIETNÍ omezení:

ANO, dieta:

NE

(zakroužkujte odpovídající variantu)

6. Potřebuje specifickou péči (PEG, sonda, permanentní močový katetr, stomie, aplikace inzulinu, kompenzační pomůcky apod.)

.....

.....

.....

.....

.....

TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRADUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Datum vyhotovení:

Razítko a podpis lékaře: