

Žádost o sociální službu

Část 1 – vyplní žadatel, popř. jeho zákonný zástupce, opatrovník

Požadovaná služba:		denní stacionář	Datum podání žádosti:
		týdenní stacionář	
		domov pro osoby se zdravotním postižením	

Osobní údaje žadatele

Jméno a příjmení:		
Datum narození:	Rodné číslo:	Místo narození: Okres:
Trvalé bydliště:		
Přechodné bydliště:		
Kontaktní adresa:		
Státní příslušnost:	Národnost:	Číslo OP: Platnost do:
Číslo pasu: Platnost do:	Telefonní kontakty (mobil, pevná linka):	

Žadatel <u>byl – nebyl</u> / <u>zbaven – omezen</u> ve způsobilosti k právním úkonům (vyplňte jen u uživatelů starších 18 let)		
Rozhodnutím soudu v:		
Ze dne:	Číslo rozsudku:	Právní moc:
V jakém rozsahu:		
Opatrovník – jméno a příjmení:		
Jmenován usnesením soudu v:		
Ze dne:	Číslo usnesení:	Právní moc:

Trvalé bydliště opatrovníka:	
Telefonní kontakt:	Email:

Mimořádné výhody pro osoby se zdravotním postižením přiznány:	ANO - NE	Stupeň:
Číslo průkazu TP, ZTP, ZTP/P:	Platnost do:	

Údaje o rodině žadatele

Otec	Jméno a příjmení:	Datum narození:		
	Trvalé bydliště:			
	Stav:	Zaměstnán jako:		
	Telefonní kontakt:	Email:		
Matka	Jméno a příjmení:	Datum narození:		
	Trvalé bydliště:			
	Stav:	Zaměstnána jako:		
	Telefonní kontakt:	Email:		
Sourozenci	Jméno:	Rok narození:	Jméno:	Rok narození:
	Jméno:	Rok narození:	Jméno:	Rok narození:

Ostatní osoby – příbuzní a známí – s nimiž žadatel udržuje běžný kontakt:

Jméno a příjmení:	Vztah k žadateli:
Jméno a příjmení:	Vztah k žadateli:
Jméno a příjmení:	Vztah k žadateli:
Jméno a příjmení:	Vztah k žadateli:

Údaje o školní docházce, dosaženém vzdělání a zaměstnání

Žadatel navštěvoval tato školská zařízení:	
Název a místo:	Od – do:
Název a místo:	Od – do:
Název a místo:	Od – do:
Název a místo:	Od – do:
Název a místo:	Od – do:
Žadatel v současnosti navštěvuje - nenavštěvuje školu:	
Název a místo:	Od: Ročník:
Obor:	

Dosažené vzdělání / životní povolání:

Žadatel <u>je – není</u> zaměstnán.
Zaměstnavatel (název a místo):
Zaměstnán jako:

Žadatel <u>je – není</u> veden u úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání.
--

Údaje o využívání jiných sociálních služeb

Žadatel v minulosti využíval služeb těchto poskytovatelů sociálních služeb:	
Název služby (poskytovatele):	Název služby (poskytovatele):
Adresa:	Adresa:
Druh sociální služby:	Druh sociální služby:
Služba využívána od – do:	Služba využívána od – do:

Žadatel v současnosti využívá služeb těchto poskytovatelů sociálních služeb:	
Název služby (poskytovatele):	Název služby (poskytovatele):
Adresa:	Adresa:
Druh sociální služby:	Druh sociální služby:
Služba využívána od:	Služba využívána od:

Údaje o příjmech (vyplňte pouze v případě sjednání služby týdenní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením)

Vlastní příjmy	Invalidní důchod	ANO - NE	Stupeň:	Aktuální výše v Kč:		
	Jméno, příjmení a adresa zvláštního příjemce invalidního důchodu:					
	Starobní důchod	ANO - NE	Aktuální výše v Kč:			
	Sirotčí důchod	ANO - NE	Aktuální výše v Kč:			
			Přiznán po:	otci	matce	obou rodičích
Jiný pravidelný měsíční příjem	ANO - NE	Jaký:				
		Aktuální výše v Kč:				

Příspěvek na péči (vyplňte pouze v případě sjednání služby týdenní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením)

Aktuální výše v Kč:	Přiznán od:
Adresa úřadu, který příspěvek vyplácí:	
Jméno, příjmení a adresa příjemce příspěvku na péči:	

Přídavek na dítě (vyplňte pouze v případě žadatelů – nezaopatřených dětí při sjednání služby domov pro osoby se zdravotním postižením)

Aktuální výše v Kč:	Přídavek <u>bude – nebude</u> poukazován přímo organizaci (zohlední se snížením celkové částky při platbě za služby)
----------------------------	---

Způsob platby úhrady za pobyt, stravu a péči

Trvalým příkazem z bankovního účtu:		Číslo účtu:
Složenkou:		

Vratky za omluvené nepřítomné dny budou vraceny

Na bankovní účet:		Číslo účtu:
Osobně v hotovosti:		

Prohlášení:

Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na průběh poskytování sociálních služeb.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení mé žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, aby se pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejich přílohách.

V dne:

.....
Podpis žadatele
popř. zákonného zástupce či opatrovníka

Prohlášení poskytovatele:

Poskytovatel prohlašuje, že ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, osobní údaje žadatelů o sociální službu shromažďuje a zpracovává pouze pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a že jsou zabezpečeny proti zneužití.

Ing. Jiří Blížil
pověřený vedením organizace

Seznam příloh k žádosti o sociální službu:

- kopie zpráv z odborných lékařských vyšetření (zejména psychologických, psychiatrických, neurologických, ortopedických atd.)
- kopie rozsudku o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům
- kopie usnesení o jmenování opatrovníka
- kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- kopie aktuálního výměru důchodu nebo jiného pravidelného příjmu

Část 2 – vyplní žadatel, popř. zákonný zástupce, opatrovník, spolu s praktickým lékařem žadatele:

Zdravotní pojišťovna, u které je žadatel registrován:	
Praktický lékař žadatele:	Telefon:
Adresa praktického lékaře:	

Odborný lékař žadatele:	Specializace:	Telefon:
Odborný lékař žadatele:	Specializace:	Telefon:
Odborný lékař žadatele:	Specializace:	Telefon:
Odborný lékař žadatele:	Specializace:	Telefon:

Anamnéza (osobní, rodinná):

--

Diagnóza:

--

Alergie:

--

Výsledky odborných lékařských vyšetření:

--

Lékařský nálezn celkový:

--

Nutnost diety <i>Jaké:</i>	ANO - NE
--------------------------------------	-----------------

Zvláštnosti v chování <i>Jaké:</i>	ANO - NE
--	-----------------

Chování narušující kolektivní soužití: <i>Jaké:</i>	ANO - NE
---	-----------------

Agresivita: autoagresivita / heteroagresivita	ANO - NE
--	-----------------

Noční aktivita	ANO - NE
-----------------------	-----------------

Chůze bez cizí pomoci?	ANO - NE
-------------------------------	-----------------

Imobilita (invalidní vozík)?	ANO - NE
-------------------------------------	-----------------

Trvalé upoutání na lůžko?	ANO - NE
----------------------------------	-----------------

Schopnost sebeobsluhy?	ANO - NE
-------------------------------	-----------------

Inkontinence?	ANO - NE
----------------------	-----------------

Potřeba zvláštní péče? <i>Jaké:</i>	ANO - NE
---	-----------------

Jiné údaje (omezení, atd.):

Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do zařízení:
--

V dne:

.....
Podpis a razítko praktického lékaře