**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žádost o poskytnutí sociální služby** | | |
|  | Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
|  | Trvalé bydliště |  |
| Kontaktní adresa, pokud bydlíte jinde |  |
|  | Telefon |  |
| E-mail |  |
|  | Kontakt na člověka, který vám pomáhá |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pobíráte důchod nebo nějaké jiné sociální dávky?**    **Pobíráte příspěvek na péči?** | **ANO** | | **NE** | |
| **Uveďte jaký druh**  *(invalidní, starobní, dávky v hmotné nouzi…)* | | | |
| **NE** | **NE,**  **ale mám**  **zažádáno** | | **ANO**  **jaký stupeň** |

|  |  |
| --- | --- |
| Máte od soudu omezenou svéprávnost? | NE |
| NE,  ale je zahájeno řízení o svéprávnosti |
| ANO |
| Pokud ano, máte ji omezenou i pro účel jednání uzavření smlouvy o poskytování sociální služby?  ANO NE |
| Pokud ano, prosím vyplňte:  jméno příjmení a adresu opatrovníka:  Telefon opatrovníka: |

|  |  |
| --- | --- |
| S čím potřebujete pomoci? | POHYB? |
| POMOC V NOCI? |
| POMOC PŘI HYGIENĚ? |
| POMOC PŘI STRAVOVÁNÍ? |
| JINÁ POMOC: |

|  |
| --- |
| **Prohlášení zájemce o službu (nebo jeho opatrovníka)** |
| **Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a že**  **jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na uzavření**  **smlouvy a průběh poskytování sociální služby.**  Zpracování poskytnutých osobních údajů slouží výhradně pro posouzení žádosti a k případnému uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb.  Dne………………………….. **Podpis zájemce**………………………………………………  (případně opatrovníka) |

**Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o sociální službu**

**(Povinná příloha k žádosti o poskytnutí sociální služby)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o sociální službu:** | |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| Datum narození: |  |
| **MÁ** – **NEMÁ** | diagnostikováno **duševní onemocnění** dle MKN-10:  specifikujte jaké: |
| **TRPÍ** – **NETRPÍ** | akutní infekční nemocí |
| **VYŽADUJE** – **NEVYŽADUJE** | pro svůj zdravotní stav poskytnutí lůžkové  péče ve zdravotnickém zařízení |
| **TRPÍ** – **NETRPÍ** | duševní poruchou, jejíž projevy mohou  **závažným způsobem narušovat** mezilidské vztahy  a kolektivní soužití |
| **KONZUMUJE** – **NEKONZUMUJE** | nadměrně alkohol nebo zákonem zakázané  návykové látky |
| **V případě diagnózy duševní poruchy, jejíž projevy mohou narušovat závažným způsobem mezilidské vztahy a kolektivní soužití, vypište konkrétně jak, čím a případný průběh:** | |
| Datum | Razítko a podpis lékaře |

**Výše uvedené prohlášení nelze nahradit lékařskou zprávou ani jiným formulářem!**