**Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohelnice, p. o.**

Medkova 419/1, Mohelnice 789 85, IČO 708 85 541

**ŽÁDOST o poskytnutí služby v Domově pro seniory**

|  |  |
| --- | --- |
| * Tel. kontakt:   736 701 013, 704 610 108  739 209 126, 604 571 557   * https://www.ddmohelnice.cz/ | **Podací razítko (datum přijetí žádosti)** |

**OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení: | Jméno: |
| Titul: | Datum narození: |

**Bydliště:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulice:  č.popisné/č. orientační: | Obec:  PSČ: |
| Telefon: | |
| E-mail: | |

**Místo aktuálního pobytu:**

* vyplňte v případě, že se žadatel zdržuje na jiné adrese, než je uvedená výše
* v případě zdravotnického zařízení, uveďte také název zařízení a kontaktní osobu

|  |  |
| --- | --- |
| Název zdravotnického zařízení: | Kontaktní osoba (telefon, e-mail): |
| Ulice:  č.popisné/č. orientační: | Obec:  PSČ: |

**KONTAKTNÍ ÚDAJE (v případě, že nebude možné se s žadatelem spojit)**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno: | Příbuzenský vztah k žadateli: |
| Telefon: | E-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno: | Příbuzenský vztah k žadateli: |
| Telefon: | E-mail: |

**ZÁSTUPCE ŽADATELE**

Pokudmá žadatel soudem ustanoveného opatrovníka, příp. se jedná o jiné opatření při narušení schopnosti právně jednat (zastoupení členem domácnosti, nápomoc při rozhodování), je nutné doložit kopii soudního rozhodnutí. Pokud žadatel pověří jednáním o poskytnutí sociální služby Domov pro seniory jinou osobu, je nutné doložit plnou moc.

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno: | Soudní opatření (např. opatrovník): |
| Telefon: | E-mail: |

**Důvod podání žádosti do Domova pro seniory**

Proč je nutné poskytnutí pobytové sociální služby s nepřetržitou ošetřovatelskou péčí?

**V případě, že Vaše žádost bude přijata, ale nebude možné uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z kapacitních důvodů, přejete si:**

zrušit žádost (poskytnuté materiály vrátit na adresu/skartovat)

zařadit žádost do pořadníku žadatelů a čekat na uvolnění místa

**Máte-li podanou žádost do dalších sociálních služeb/domovů pro seniory, uveďte do kterých:**

**Mobilita**

* pohyb samostatně, bez pomoci ano ne
* s pomocí jední hole/berle ano ne
* s pomocí dvou holí/berlí ano ne
* s pomocí chodítka ano ne
* s pomocí druhé osoby ano ne
* samostatně na vozíku ano ne
* s pomocí na vozíku ano ne
* ujde krátké vzdálenosti ano ne
* zvládne chůzi po schodech ano ne
* je částečně upoután na lůžko ano ne
* je trvale upoután na lůžko ano ne

**Stravování**

* je soběstačný při přípravě jídla ano ne
* nají se a napije sám ano ne
* potřebuje pomoc, namazat pečivo, nalít pití, nakrájet maso ano ne
* potřebuje pomoc při podávání jídla do úst ano ne
* potřebuje úpravu stravy, např. na mletou, mixovanou ano ne
* nezvládne se najíst (polykací obtíže, odmítá stravu, PEG) ano ne
* potřebuje dietní stravu (např. diabetickou, žlučníkovou) ano ne

**Komunikace, orientace**

* komunikuje, domluví se, rozeznává zrakem a sluchem ano ne
* komunikuje s problémy (nemůže si vzpomenout) ano ne
* používá naslouchadlo ano ne
* používá brýle ano ne
* je orientován osobou ano ne
* je orientován časem ano ne
* je orientován místem ano ne
* orientuje se ve známém prostředí ano ne

**Oblékání a obouvání**

* je schopen se sám obléct ano ne
* je schopen se sám obout ano ne
* je schopen si vybrat a nachystat vhodné oblečení ano ne

**Hygiena**

* je schopen samostatně provést běžnou hygienu

(umýt si obličej, ruce, pečovat o zuby, učesat, oholit se) ano ne

* je schopen samostatně provést celkovou hygienu ano ne

**Fyziologické potřeby**

* samostatně používá WC ano ne
* samostatně používá toaletní křeslo ano ne
* po použití WC zvládně sám provést očistu ano ne
* inkontinence moči ano ne
* inkontinence stolice ano ne
* používá inkontinenční pomůcky ano ne

**Osobní aktivity**

* je schopen samostatně nakládat s penězi ano ne
* je schopen vyřídit si záležitosti na úřadech ano ne
* je schopen věnovat se volnočasovým aktivitám ano ne

**Individuální situace žadatele**

* vyhovující bytové podmínky ano ne
* nevyhovující bytové podmínky ano ne

(vyšší patro bez výtahu, bariéra-schody, topení na tuhá paliva)

* žije sám, nikoho nemá ano ne
* žije sám, rodina bydlí daleko ano ne
* žije sám, rodina bydlí ve stejném městě/vesnici ano ne
* žije s rodinou ve společné domácnosti ano ne

**Příspěvek na péči**

**Pobíráte příspěvek na péči?** ano – ne – zažádáno

**Přiznaný stupeň: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Využíváte nyní nějakou pomoc? Pokud ano, s čím Vám někdo pomáhá?**

**Je pomoc dostatečná? V případě, že není, co Vám chybí?**

**Jsou ve Vašem bytě/domě bariéry, které Vám ztěžují užívání bytu?**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Beru na vědomí, že změnu, která v uvedených údajích nastala, jsem povinen oznámit do 10 dnů ode dne, kdy ke změně došlo.

**Souhlasím se zpracováním osobních údajů v Informačním systému sociálních služeb Olomouckého kraje sloužící k plánování sociálních služeb na území Olomouckého kraje.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žadatele/zástupce žadatele

**Přílohy k žádosti**

* Plná moc podepsaná žadatelem, pokud žádost vyřizuje jiná osoba než žadatel
* Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
* Vyjádření lékaře

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Vaše osobní údaje ve výše uvedeném rozsahu bude zpracovávat Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohelnice, p. o., Medkova 419/1, 789 85 Mohelnice, IČO 708 85 541. Na Vaši žádost budou osobní údaje smazány, pokud to bude možné a výmaz nebude v rozporu s našimi jinými povinnostmi či oprávněnými zájmy. Při splnění požadavků dle čl. 15 až 18 GDPR máte právo na přístup, opravu nebo výmaz Vašich osobních údajů a dále právo na to, abychom omezili zpracování osobních údajů, týkajících se Vaší osoby. Dále máte právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, pokud se domníváte, že zpracování Vašich osobních údajů je prováděno v rozporu s GDPR.

**Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohelnice, p. o.**

Medkova 419/1, Mohelnice 789 85, IČO 708 85 541

**ŽÁDOST o poskytnutí služby v Domově pro seniory – vyjádření lékaře**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení žadatele:** ………………………………………………………….  Datum narození: ………………………………………………………….............................  Bydliště:……………………………………………………………………………….......... |
| **Vyjádření, prosím, vyplňte v celém rozsahu.** |
| 1. **Jaké zdravotní úkony žadatel potřebuje?** 2. **Je žadatel v péči odborného lékaře?** 3. **V případě hospitalizace - je možný návrat do domácího prostředí? ANO – NE** 4. **Je při péči nutné zvláštní přístrojové vybavení? ANO – NE**   **Pokud ANO, jaké?**   1. Je žadatel schopen **se najíst**:   - samostatně - s dohledem - s pomocí osoby   1. Je žadatel schopen **se vykoupat**:   - samostatně - s dohledem - s pomocí osoby   1. Je žadatel schopen **se obléci**:   - samostatně - s dohledem - s pomocí osoby   1. Je žadatel schopen **se obout**:   - samostatně - s dohledem - s pomocí osoby     1. **Trpí žadatel inkontinencí? ANO – NE** 2. **Mobilita.** Popište, prosím, jak se žadatel pohybuje. Zda a jakou potřebuje kompenzační pomůcku (venku, v budově, v pokoji). 3. **Smyslové schopnosti.** (Popište, prosím, jak žadatel vidí, slyší. Zda a jakou potřebuje   kompenzační pomůcku, a zda pomůcku používá).   1. **Má žadatel zavedenou NGS (nasogastrickou sondu)? ANO – NE** 2. **Má žadatel PEG (perkutánní endoskopickou gastrotomii)? ANO - NE** 3. **Kolektivní soužití.** Narušovalo by chování žadatele (z důvodu duševní poruchy) závažným způsobem kolektivní soužití?  **ANO – NE** 4. **Návykové látky.** Je žadatel uživatelem návykových, omamných nebo psychotropních látek?   **ANO – NE** |
| **Diagnóza** (česky)**:**   1. nejzávažnější diagnóza, vč. psychiatrické 2. ostatní onemocnění |
| **……….……………............ ……………………………………………**  **Datum Podpis a razítko lékaře** |