



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY: DENNÍ STACIONÁŘ

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Bydliště:

Kontakt (telefon, email):

Jednání se žadatelem:

- Žadatel je svéprávný, jedná samostatně
- Žadatel je svéprávný, je zastupován:
 - a) zmocněncem na základě plné moci,
 - b) podpůrcem na základě Smlouvy o podpoře stvrzené soudem,
 - c) zástupcem z členů domácnosti na základě rozhodnutí soudu.
- Žadatel má soudem omezenou svéprávnost.

Opatrovník, podpůrce, zástupce, zmocněnec případně osoba blízká.

Jméno a příjmení:

Kontakt (telefon, email):

Důvod podání žádosti o poskytnutí služby denní stacionář. Proč potřebujete denní stacionář, jaké jsou vaše přání a očekávání od služby?

Mám zájem o zkušební návštěvu před sepsáním smlouvy:

- ano, mám zájem
- ne, nemám zájem

Požadované datum nástupu do stacionáře:

- co nejdříve
- později, k datu: _____

Prohlašuji, že jsem byl v souvislosti s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 ve znění pozdějších změn a dodatků o ochraně osobních údajů informován o tom, v jakém rozsahu, a které osobní údaje o mé osobě Charita Jablunkov zpracovává a rovněž jsem byl informován o svých právech, které v souvislosti s ochranou osobních údajů mohou uplatnit. Dále jsem byl informován o tom, že můj souhlas se zpracováním osobních údajů můžu kdykoli odvolat.

Datum vyplnění žádosti:

Podpis žadatele:

Podpis opatrovníka, podpůrce, zástupce či zmocněnce:



VYPLNÍ ORGANIZACE

Datum doručení žádosti:

Dokumenty, doručené jako přílohy žádosti:

- Příloha č. 1 - Vyjádření lékaře.
- Předloženo k nahlédnutí Rozhodnutí soudu a opatrovnický list v případě omezení ve svéprávnosti (smlouva ověřená soudem pro zastupování dle zákona č. 89/2012 Sb. v platném znění).
- Jiné (např. ověřená plná moc pro zastupování):

Datum vyřízení žádosti:

Datum sociálního šetření:

Podpis sociálního pracovníka:

Podpis vedoucího pracovníka:

Nejpozději do 10 pracovních dnů od doručení žádosti bude žadatel kontaktován sociální pracovnící. V případě kladného posouzení žádosti následuje dohodnutí termínu zkušební návštěvy ve stacionáři a termínu sociálního šetření (v místě bydliště nebo ve stacionáři).



Příloha č. 1

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

před přijetím do Denního stacionáře sv. Josefa.

Toto vyjádření slouží pro poskytování sociální služby denní stacionář a je nedílnou součástí žádosti. Všechny údaje, prosím, vyplňte čitelně a vhodně odpovědi označte křížkem.

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Stupeň mentálního postižení dle WHO, desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

- F 70** Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71** Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72** Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73** Hluboká mentální retardace IQ19 a níže
- F 78** Jiná mentální retardace
- F 79** Nespecifikovaná mentální retardace (nelze vyšetřit)

Jiné přidružené poruchy:

Riziko náhlého zhoršení stavu (záchvatu):

- vysoké
- střední
- nízké
- nehrozí

Doporučení při riziku náhlého zhoršení stavu (záchvatu) u žadatele:

Duševní stav narušující kolektivní soužití:

Omezení ve stravě (např. stravovací dieta):

Alergie:

Datum:

Podpis a razítko lékaře: