

Žádost o poskytnutí sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením

Vážená žadatelko, vážený žadateli,

projevil/a jste zájem o pobytovou sociální službu v domově pro osoby se zdravotním postižením v rámci příspěvkové organizace Sociální služby Vsetín, která je poskytována osobám s mentálním postižením středního až hlubokého stupně, případně s přidruženým tělesným či smyslovým postižením, které mají sníženou soběstačnost, a byly vyčerpány možnosti pomoci a podpory osob blízkých nebo terénních služeb.

K poskytování kvalitní a profesionální sociální služby přistupujeme se **zodpovědností**, s ohledem na zachování **lidské důstojnosti**, **respektu** k Vaším potřebám a vytvoření **rovnocenného vztahu** založeného na **vzájemné důvěře**.

Jméno a příjmení žadatele/ky:

Datum narození:

Telefon:

Bydliště:

Kontaktní osoba/vztah k žadateli:

Email:

Telefon:

Označte domovy pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých žádáte o poskytnutí sociální služby a do každého z těchto Domovů žádost doručte:

☐

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová

☐

Domov pro osoby se zdravotním postižením Valašské Meziříčí

Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Jako žadatel/ka o poskytnutí sociální služby dávám svým podpisem na této žádosti souhlas k nakládání se svými osobními údaji, zahrnujícími především zjišťování, shromažďování a uchovávání údajů nutných ke zpracování žádosti. Tyto údaje jsou získávány pouze za účelem posouzení, zda zájemce o požadovanou službu spadá do cílové skupiny osob, pro které je služba určena. Údaje, nutné ke zpracování žádosti, budou zpracovávány pouze sociálními pracovníkem a dalšími zaměstnanci-zařízení, kteří se podílejí na procesu jednání se zájemcem o službu a žadatelem o službu poskytovatele Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace, a to v souladu s ustanoveními nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR).

Dne:

Podpis žadatele/ky :

Postup při podání žádosti

Žádost společně s vyplněným dotazníkem, který je přílohou žádosti, můžete doručit:

- poštou
- e-mailem (sken)
- přinést osobně do zařízení
- datovou schránkou

Potřebné kontakty jsou uvedeny na žádosti.

Co se bude dít s Vaší žádostí

- Po obdržení Vaší žádost zaevidujeme.
- Zpravidla do 30 dnů Vás bude kontaktovat sociální pracovník zařízení, poskytne základní sociální poradenství a bude Vás informovat o dalším zpracování žádosti.
- Při uvolnění místa Vás bude kontaktovat sociální pracovník. Sjedná s Vámi osobní schůzku za účelem zjištění, zda je služba vhodná pro vyřešení Vaší aktuální situace.
- Vybranému žadateli bude nabídnuto uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby.

Pro účely uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby vyžadujeme dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, **LÉKAŘSKÝ POSUDEK od praktického lékaře**, který je platný 90 dnů ode dne jeho vydání.

V případě, že dojde ke změnám údajů uvedených v žádosti či její příloze, Vás žádáme, abyste nás o nich informovali.

Informace o pomoci, kterou potřebujete v jednotlivých denních činnostech při poskytování sociální služby

V současné době jste:

- | | |
|--|--|
| ☐ v domácím prostředí | ☐ ve zdravotnickém zařízení – nemocnici |
| ☐ u rodiny/příbuzných | ☐ v jiné pobytové sociální službě |

Pokud potřebujete pomoc, obraťte se na:

- | | |
|--|--|
| ☐ pomoc nepotřebuji, jsme samostatný/á | ☐ pomáhá mi rodina/příbuzní/známí |
| ☐ využívám terénní sociální služby (jaké, jak často?) | |
| | |

Komunikace:

- | | |
|--|--|
| ☐ komunikuji a dorozumím se | ☐ komunikuji s obtížemi, ale dorozumím se |
| ☐ nekomunikuji | ☐ při komunikaci používám pomůcky |

Sluch, zrak:

- | | |
|--|--|
| ☐ vidím dobře | ☐ slyším dobře |
| ☐ nevidím dobře, používám brýle, lupu | ☐ neslyším dobře ☐ používám naslouchadla |
| doplňte: | |

Jste orientován/a:

- | | | | |
|--------|--|----------|--|
| časem | ☐ ano ☐ ne | osobou: | ☐ ano ☐ ne |
| místem | ☐ ano ☐ ne | situací: | ☐ ano ☐ ne |

Pohyblivost (samostatná chůze, změny polohy v lůžku, přesun do sedu, přesun z lůžka na židli apod)

- | | |
|---|--|
| ☐ sám/a, bez pomoci | ☐ nezvládám |
| ☐ s pomocí: | ☐ vycházkové hole ☐ francouzských holí ☐ chodítka |
| ☐ invalidního vozíku | ☐ doprovodu druhé osoby |

Oblékání, obouvání (volba vhodného oblečení a obuvi, oblékání/svlékání, obouvání/zouvání, zapínání oblečení a obuvi):

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ sám/a, bez pomoci | ☐ nezvládám |
| ☐ s pomocí, doplňte: | |
| | |

Strava, příjem tekutin:

- ☐ sám/a, bez pomoci ☐ nezvládám
- ☐ s pomocí, doplňte:
- ☐ dietní strava, upravovaná strava, alergie, doplňte:
-

Osobní hygiena (zajištění hygienických pomůcek, ranní a večerní hygiena, péče o zuby a zubní náhradu, holení, celková koupel, mytí a úprava vlasů, péče o nehty):

- ☐ sám/a, bez pomoci ☐ nezvládám
- ☐ s pomocí, doplňte:

Výkon fyziologické potřeby (včasné použití toalety, použití WC křesla, podložní mísy, močové lahve, provedení očisty, jednorázové inkontinenční kalhotky):

- ☐ sám/a, bez pomoci ☐ nezvládám
- ☐ s pomocí, doplňte:

Péče o zdraví (dodržování léčebného režimu, dietního opatření, zajištění, příprava a užívání léků, návštěva ordinace lékaře):

- ☐ sám/a, bez pomoci ☐ nezvládám
- ☐ s pomocí, doplňte:

Uveďte Vaše zájmy a aktivity, ve kterých chcete dále pokračovat:

.....

.....

.....

Chod domácnosti (zajištění nákupu, používání elektrospotřebičů, zajištění úklidu, hospodaření s finančními prostředky, vyřizování osobních záležitostí):

- ☐ sám/a, bez pomoci ☐ nezvládám
- ☐ s pomocí, doplňte:

Prostor pro Vaše další doplňující informace:

.....

.....

.....