**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

pobytové odlehčovací sociální služby

# (odlehčovací služba dle Zákona č. 108/2006 Sb., § 44)

# pro osoby vyžadující dohled či péči

Příjemce Sociální služby

Jméno a příjmení: …………………………………………..………………...…………………………………………………..

Datum narození: …………………………místo narození: ……….………….………R.Č.:……………….……….……..…..

Trvalé bydliště: ………………………………………………..……………...………........................PSČ............................

Kontaktní adresa:……………………………………………..……………...………........................ PSČ............................

Telefon:………………………….……... E-mail: ……………………………………………

žadatel je držitelem průkazu: TP ZTP ZTP/P

Zdravotní pojišťovna: ……………………………..…. Praktický lékař: …………………..…………..…………….…………….

omezení způsobilosti k právním úkonům ANO NE

rozsah omezení :………………………………………………………………………….………..……………..

opatrovník: jméno a příjmení: …………………………………………… telefon: ………………….…………………..

Kontaktní osoby:

Jméno a příjmení .……………………………………………….…………………….. Vztah k žadateli: ………...…………….…

Telefon: ……………………………..………….…e-mail: ……………………………………………………………………………

Jméno a příjmení .……………………………………………….…………………….. Vztah k žadateli: ………...…………….…

Telefon: ……………………………..………….…e-mail: ……………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žadatel pobírá příspěvek na péči** (zaškrtněte): | | |
| stupeň I. (lehká závislost) | stupeň III. (těžká) | nepobírá příspěvek |
| stupeň II. (středně těžká) | stupeň IV. (úplná) | má zažádáno |

**Důvod zavedení sociální služby:**

*(Co žadatel nezvládá, v čem potřebuje pomoci atd.)*

Požadované datum nástupu na odlehčovací SS Domu Ludmila-sociální služby /zahájení SS :

Požadované datum ukončení odlehčovací SS Domu Ludmila-sociální služby /ukončení SS :

SOBĚSTAČNOST A ORIENTACE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Chůze | plně pohyblivý/á | | | | | | |
| s kompenzační  pomůckou | hůl/ hole | | berle/ 2 berle | chodítko | | invalidní vozík |
| trvale na lůžku: | | pohyblivý/pohyblivá: | | | nepohyblivý/nepohyblivá: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stravování | Dieta | | NE | ANO |  |
| stravuje se sám/a | stravuje se s dopomocí | | | stravování sám/a nezvládá |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Léky | | užívá sám/a | | | | | užívá s dopomocí | | | | podání léků sám/a nezvládá | | | |
| Hygiena | | samostatně | | | | | s dopomocí | | | | hygienickou péči nezvládá | | | |
| Inkontinence | | Ne | | Ano-pomůcky: | | | V noci | | Přes den | | | | Nepřetržitě | |
| Oblékání | | samostatně | | | | | s dopomocí | | | | Nezvládne se sám/a obléci | | | |
| Smysly | Sluch: | | dobrý | | | nedoslýchavost | | | | neslyšící | | | | naslouchadlo |
| Zrak: | | dobrý | | | zhoršený | | | | zbytky zraku | | | | nevidomý/á |
| Orientace | v přirozeném prostředí: | | | | plně se orientuje | | | s dopomocí | | | | neorientuje se | | |
| v čase: | | | | plně se orientuje | | | s dopomocí | | | | neorientuje se | | |
| v osobách: | | | | plně se orientuje | | | s dopomocí | | | | neorientuje se | | |
| Situacích: | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Mentální stav: |
|  |
|  |
| je-li žadatel v péči specializovaného ZZ,  uveďte jakého: |

**UPOZORNĚNÍ**:

Při nástupu k pobytu je nutné, aby byl žadatel vybaven léky a jinými zdravotními pomůckami a potřebami, které pravidelně užívá, nebo mu jsou aplikovány.

**Pokud v době pobytu je potřeba zajištění Domácí zdravotní péče, je nutné, aby lékař vypsal na dobu pobytu poukaz na Domácí péči. Rozsah a specifikace domácí zdravotní péče lékař dohodne s vedoucí DP Malyra s.r.o. na telefonu 723 989 016.**

**VYPLNÍ PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE:**

V době poskytování odlehčovacích sociálních služeb v Domě Ludmila – sociální služby, jsou pracovníky v přímé péči poskytovány pouze sociální služby.

Sociální službou NENÍ: dávkování a podávání léků, aplikace inzulínu, jiné parenterální aplikace, převazy defektů, dekubitů, bandáže, ošetřovatelská rehabilitace, péče o PEG a aplikace do PEGu, ošetřování stomií apod….. (tyto úkony pracovníci v sociálních službách dle zákona vykonávat nemohou). Pro tyto úkony je k dispozici služba Domácí zdravotní péče, hrazená ze zdravotního pojištění po předchozí indikaci praktickým lékařem.

**Pokud v době pobytu je potřeba zajištění Domácí zdravotní péče, je nutné, aby lékař vypsal na dobu pobytu poukaz na Domácí péči.**

**Rozsah a specifikace domácí zdravotní péče je třeba domluvit s vedoucí DP Malyra s.r.o. na telefonu 723 989 016.**

**Zvláštní upozornění** (zejména sdělení o případné pozitivitě u chronických hepatitid, eventuálně

jiný závažný nález, alergie, dietní omezení):

KONTRAINDIKACE PŘIJETÍ K PŘECHODNÉMU POBYTU:

a) závažná psychiatrická onemocnění včetně alkoholismu, nevztahuje se na demence

b) neodpovídá cílová skupina žadatele *(naše cílové skupiny: Osoby se zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním)*

c) nestabilizovaný zdravotní stav, infekční nemoci, chronický alkoholismus, toxikománie

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 36 Vyhlášky 505/2006 Sb. ustanovené podle § 119 odst. 2 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V době pobytu je potřeba zajištění Domácí zdravotní péče**: | Ano | Ne |

Další sdělení lékaře k pobytu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| datum | jméno a telefonní kontakt na ošetřujícího lékaře | podpis a razítko ošetřujícího lékaře |

Žadatel / příbuzní nebo osoba blízká / opatrovník podává v této žádosti pravdivou informaci o sociální situaci a zdravotním stavu žadatele. Při změně zdravotního stavu musí konzultovat s pověřenou osobou Domu Ludmila, zda je nástup možný. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je poskytovatel oprávněn žadatele nepřijmout. Žadatel souhlasí s tím, aby osobní údaje (nikoli údaje o zdravotním stavu) žadatele, byly dány k dispozici státním orgánům, které poskytovatele služby dotují.

V …………………….., dne ………………………..

……………………………………….…………..…………….…… ………………..………………………………………………………

Jméno a podpis žadatele Podpis osoby trvale pečující/ opatrovníka

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

**Pobytové odlehčovací sociální služby pro osoby vyžadující dohled či péči**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Základní údaje o posuzované osobě** | | |
| Jméno a příjmení: |  | |
| Datum narození: |  | |
| Trvalé bydliště: |  | |
| Skutečné bydliště: |  | |
| **Posouzení** | | |
|  | | ***Stručně popište*** |
| Je osoba schopna sama právně jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby?[[1]](#footnote-1) | |  |
| Jaká zdravotní péče je u osoby nezbytná vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu? Co by bezprostředně hrozilo při jejím nezajištění? | |  |
| Jaký je aktuální duševní stav osoby? | |  |
| Jaká je schopnost posoudit svou situaci a sám ji řešit? | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informace pro lékaře – poskytovatele zdravotních služeb:** | |
| Tento posudek je vydáván pro účely ustanovení § 91 odst. 6 a § 91a odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. **Účelem posouzení schopnosti dané osoby právně jednat** je zjistit, zda pro ochranu práv a zájmu osob je zapotřebí právního zastoupení při uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. Podstatou jsou otázky, zda je osoba schopna vyjádřit volbu; porozumět; rozvažovat; a hodnotit důsledky rozhodnutí. **Účelem posouzení potřebné péče a schopnosti posoudit svou situaci** je určení, zda by z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou byla osoba bez poskytnutí pobytové sociální služby ohrožena na životě nebo by jí hrozila vážná porucha zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí. Podstatou otázky je povaha nebezpečí hrozícího při nezajištění služby a schopnost osoby ohrožující skutečnosti rozpoznat, vyhodnotit a reagovat na ně. **Posudek lékaře slouží jako podklad pro samostatnou úvahu obecního úřadu obce s rozšířenou působností.**  Ustanovení § 91 odst. 6 zákona: „Osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle [§ 52](aspi://module='ASPI'&link='108/2006%20Sb.%252352'&ucin-k-dni='30.12.9999'), obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení.“  Ustanovení § 91a zákona:  „(1) Opatrovník nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností, postupuje-li podle § 91 odst. 6, může za osobu, která s uzavřením smlouvy o poskytování pobytové sociální služby v zařízení sociálních služeb neprojevila souhlas, uzavřít takovou smlouvu a její změny pouze v případě, že  a) neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo její život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí a  b) nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením.  (2) Podmínku uvedenou v odstavci 1 písm. a) posuzuje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb.“ | |
| Jméno a příjmení lékaře |  |
| V…………………..dne……………… |  |
|  | Podpis a razítko poskytovatele zdravotních služeb |

1. Je posuzována složka volní a rozumová týkající se právního jednání posuzované osoby. Nejedná se tedy například o pouhý deficit v samotném psaní či čtení. Situace, kdy osoba není schopna číst anebo psát není řešena ustanovením § 91 odst. 6 zákona o sociálních službách, ale postupem podle § 563 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Žádáme o zřejmou specifikaci této skutečnosti v bližším zdůvodnění. [↑](#footnote-ref-1)