**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, 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, žea) 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 ab) 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)