|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pořadové č.:** | **Datum přijetí:** | **Způsob přijetí:** | **Podal:** | **Přijal/vyřizuje:** | **Razítko:** |
|  |  | **Osobně****Poštou****E-mailem** | **Žadatel****Soc.pracovník****Os. blízká žadateli** |  |  |

**ŽÁDOST K UMÍSTĚNÍ UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

 Identifikátor **služby domova pro seniory**: 6773306

 Identifikátor služby **domova se zvláštním režimem**: 5125094

 Datum přijetí žádosti:

|  |  |
| --- | --- |
| **Příjmení a jméno žadatele/ky** | Titul |
| **Datum a rok narození** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Kontaktní údaje žadatele (telefon, e-mail)** |
| **Příspěvek na péči** *Prosím označte možnost.*  přiznán ve stupni: …….   není přiznán   byla podána žádost dne ……………  byla podána žádost o navýšení dne ……………….**Příspěvek na mobilitu**  pobírám,  nepobírám**Důchod**  starobní,  invalidní,  vdovský/vdovecký.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Příjmení a jméno osoby blízké** | Titul |
| **Datum a rok narození** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Kontaktní údaje osoby blízké (telefon, e-mail)**  |

|  |
| --- |
| **Údaje o žadateli:**  |
| Rodinný stav | Zdravotní pojišťovna |
| Osoby žijící ve společné domácnosti se žadatelem |

|  |
| --- |
| **Kontaktní osoby, opatrovník**  |
| **Jméno a příjmení** | Vztah k žadateli |
| Telefon | E-mail |
| **Jméno a příjmení** | Vztah k žadateli |
| Telefon |  |

|  |
| --- |
| **Praktický lékař** |
| Lékař  | Kontakt: telefon |
| Adresa |

|  |
| --- |
| **Nepovinná poznámka, pro důležité sdělení k žádosti:** |
|   |
|  |
|  **Kontaktní údaje Domova pro seniory Zity Kabátové** |
|  Internetové stránky: www.dzvcentrum.cz, e-mail: info@dtvcentrum.czSociální pracovnice Mgr. Zora Zelená, +420 601 589 081  |
|  |
|  Součástí žádosti o pobytové služby: Zdravotní záznam žadatele,POSOUZENÍ POTŘEBNOSTI PÉČE,INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU VE VĚCI VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, sazebník úhrad.Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s jejich obsahem a souhlasím s nimi.  Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., v plném změní, včetně údajů o zdravotním stavu a o kontaktní osobě. **Svým podpisem uděluji souhlas ke shromažďování a uchovávání těchto dat od posouzení mojí žádosti, od přijetí, až do doby jejich archivace a skartace.** Souhlasím, aby informace vztahující k mojí osobě byla poskytnuta kontaktní osobě. **Prohlašuji, že veškeré údaje mnou uvedené v této žádosti jsou pravdivé.**  **V ………… dne ………****Podpis žadatele………………………………….. Podpis opatrovníka…………………………..**  |

**Příloha č. 1.**

**POSOUZENÍ POTŘEBNOSTI PÉČE**\* **k Žádosti o poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory**

**Žadatel** (jméno, příjmení): ………..……………………………………………………..….

**Datum narození**: ……………………………………………………………………….…...

**Bydliště:** ………..……………………………………………………..……………………..

**Současný pobyt:** ………..………………………………………………………………..….

**Vybranou možnost podtrhněte**

|  |
| --- |
| **POLOŽKA HODNOCENÍ**každodenních aktivit, kritéria hodnocení přijetí klienta do pobytových sociálních služeb |
| 1. **Najedení, napití** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkon samostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 2. **Oblékání** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkonsamostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 3. **Koupání** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkonSamostatně 10b.s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 4. **Osobní hygiena** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkonsamostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 5. **Kontinence moči** - občas inkontinentní, inkontinentní za používání kompenzačních pomůcek inkontinentní 0b plně kontinentní 10b. občas inkontinentní 5b. |
| 6. **Kontinence stolice** - občas inkontinentní, inkontinentní za používání kompenzačních pomůcekinkontinentní 0b. plně kontinentní 10b. občas inkontinentní 5b. |
| 7. **Použití toalety** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkonsamostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 8. **Přesun na lůžko** – židli - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkonsamostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b. |
| 9. **Chůze po rovině -** provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkon, pohybuje se pomocí kompenzačních pomůceksamostatně 20b. s malou pomocí 10b. samostatně nad 50m 15b. s pomocí 50m 10b.na vozíku 50m 5b. neprovede 0b. |
| 10. **Chůze po schodech** - provede s pomocí druhé osoby, nezvládá samostatně úkon, pohybuje se pomocí kompenzačních pomůceksamostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b |
| **Pozn.** Klient musí být vysoce závislý v každodenních činnostech, vyžaduje pomoc druhé osoby.Klient je středně závislý v každodenních činnostech, vyžaduje pomoc druhé osoby nebo využívá kompenzační pomůcky a to zejména mobility (vozík, chodítko), vyžaduje asistenci v těchto činnostech najezení, koupání, osobní hygiena |
|  **Hodnocení:**0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech41 – 60 bodů závislost středního stupně61 – 95 bodů závislost lehčího stupně100 bodů nezávislý**Celkový počet bodů:** ………………………  |

**Stupnice bodů:**

**Bodové hodnocení:**

0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

41 – 60 bodů závislost středního stupně

61 – 95 bodů závislost lehčího stupně

100 bodů nezávislý

**Počet bodů k přijetí (hodnocení)**

**61- 100: bodů neurgentní**

**41- 60: bodů urgentní**

**0-40: bodů naléhavé**

**Formulář vyplněn ke dni:** ……………………………

\* Posouzení potřebnosti péče je nedílnou součástí Žádosti o poskytnutí služby v Domově pro seniory

**Příloha č. 2**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE\***

**o zdravotním stavu žadatele k žádosti**

**do Domova třetího věku s.r.o**

žadateleo pobyt v Domově pro seniory Zity Kabátové, ul. Za Mototechnou 1114/4 Praha 5- Stodůlky, 150 00

|  |
| --- |
| **Žadatel:** ............................................................. **Zdravotní pojišťovna:** …………….............. Jméno a příjmení **Datum narození:** ……………………………... **Rodné číslo**: ………………………………………………………..  **Bydliště:** ………………………………………………………………………………………………………………………..….. **ulice, číslo obec PSČ**  **Současný pobyt** (pokud se liší od bydliště): …………………………………………………………..……………...  |
| 1. **Anamnéza** (rodinná, osobní):

    |
| 1. **Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):

   |
| 1. **Duševní stav** (orientovanost žadatele, akutní nebo chronické duševní onemocnění, deprese, úzkost, projevy narušující kolektivní soužití či jiné specifické projevy chování):
 |
| 1. **Trpí žadatel demenc**í?

 ANO - Typ demence: ………………………… Stupeň: ………………………………………………………………  NE  |
| 1. **Trpí žadatel, příp. trpěl závislostí (na omamných, psychotropních, příp. jiných látkách)?**

ANO – jaké: …………………………………………………………………………………………………………………….… NE  |
| 1. **Diagnóza** (česky):
2. Hlavní diagnóza: …………………………………………………………………………………………………………….
3. Ostatní choroby: ……………………………………………………………………………………………………………
 |
| 1. **Datum posledního očkování:**

 TAT: ........................................................ PNEUMO: …………………………………………..………..  VAXIGRIP: …………………………………………....  jiné očkování: |
| 1. **Žadatel je pod dohledem odborné ambulance**:

  Plicní  Neurologie  Nutriční  Psychiatrie  Ortopedie  Chirurgie   Diabetologie  Kardiologie  Interna  Jiné: ………………………………. |
| 1. **Žadatel je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu?** ANO  NE

Pokud ano, pro jakou: ….………………………………………………………………….  |

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Objektivní nález**

Je schopen chůze bez cizí pomoci:  ANO  NE Používá kompenzační pomůcky:  Hole  Invalidní vozík  Chodítko Sluch:  normální  nedoslýchá  zbytky sluchu  je neslyšící Zrak:  normální zhoršené vidění  zbytky zraku  je nevidomý

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je upoután na lůžko |  ANO |  NE |
|  Je schopen polohy v sedě, v křesle |  ANO |  NE |
| Porucha příjmu potravy, tekutin |  ANO |  NE |
| Inkontinence stolice |  ANO |  NE |
| Inkontinence moči |  ANO |  NE |
| Používání WC křesla u lůžka |  ANO |  NE |
| Defekty kůže: |  ANO |  NE |
| * dekubity (stupeň, lokalizace):
* opruzeniny (stupeň, lokalizace):
 |  |
| Alergie:  |
| Dieta:  NE  Diabetická Žlučníková Strava mletá PEG  |

 |
| 1. **Pro žadatele doporučuji službu Domov pro seniory**

 (demence, duševní onemocnění, omezený volný pohyb): ANO NE  |

V………………………… dne ……………………

razítko a podpis praktického lékaře

**Příloha č. 3**

**INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU VE VĚCI VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

* Žádost lze doručit **poštou,** naskenovat a zaslat **mailem** nebo **po telefonické domluvě** donést **osobně**.
* Přijatou žádost posoudí pracovníci pověření vyřizováním žádostí pro zařazení do evidence žadatelů.
* V případě, že Vaše žádost bude schválena, sociální pracovnice ji zařadí do evidence žadatelů a o této skutečnosti budete písemně vyrozuměni.
* V případě, že Vaše žádost bude zamítnuta, tzn., že nebudete splňovat podmínky k přijetí do zařízení, bude Vám zasláno písemné vyrozumění včetně odůvodnění. V tomto případě Vám poskytneme další informace o možnostech řešení Vaší situace.

Nedílnou součástí žádosti o poskytnutí sociální služby je **Posouzení potřebnosti péče** a aktuální **Vyjádření lékaře** (ne starší jak půl roku).

Před podáním žádosti doporučujeme seznámit se s **Domácím řádem**, **vzorovou smlouvou a postupem při uzavírání smlouvy**. Tyto dokumenty najdete na našich webových stránkách.

**Příloha č. 4**

**POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ PRO SENIORY**

K podpisu smlouvy dojde, pouze pokud zájemce s poskytovanou službou souhlasí, a to i v případě, že má opatrovníka. Projevení souhlasu může být vyjádřeno verbálně i neverbálně. Smlouvu podepisuje klient, opatrovník, příp. obecní úřad obce s rozšířenou působností, a ředitelka domova.

Pokud se klient nemůže ze zdravotních důvodů podepsat, ale s poskytováním služby souhlasí a obsahu smlouvy rozumí, sociální pracovnice vyznačí na smlouvu razítkem text: „Klient ze zdravotních důvodů není schopen podpisu“, uvede způsob souhlasu žadatele s uzavřením smlouvy – verbální, neverbální a smlouvu podepíšou 2 svědci (sociální pracovnice a vedoucí sestra) a ředitel/ka domova.

Pokud klient neprojeví svůj souhlas s poskytováním služby (na základě lékařského posudku není schopen obsahu smlouvy porozumět, není schopen jednat), znamená to, že s poskytováním služby nesouhlasí. V tomto případě podepisuje smlouvu Obecní úřad obce s rozšířenou působností dle sídla poskytovatele sociální služby (MČ Praha 13), a to na základě lékařského posudku dodaného rodinou zájemce Obecnímu úřadu s rozšířenou působností.

V případě, že zájemce o službu souhlas s jejím poskytováním neprojeví, může opatrovník nebo obecní úřad s rozšířenou působností smlouvu uzavřít pouze na základě splnění dvou zákonem stanovených podmínek, a to § 91 a, odst. 1:

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 život osoby nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí

b) nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením

§ 91 a, odst. 2: Podmínku uvedenou v odstavci a) posuzuje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb. \*

\*Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

**Příloha č. 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sazebník úhrad DOMOVA PRO SENIORY** **Cena za ubytování a stravu na jednolůžkovém a dvoulůžkovém pokoji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Výpočet**  | **Kč/ den** | **Počet dní**  | **Celkem Kč/ měsíc**  |
| **Strava**  | **170,-** | **30 / 31** | **5 100,- / 5 270,-** |
| **ubytování** | **210,-** | **30 / 31** | **6 300,- / 6 510,-** |
| **Celkem**  | **380,-** | **30** | **11 400,- / 11 780,-** |

**Úhrada za poskytované služby (ubytování a stravu) je vždy do patnáctého (15.) dne po měsíci**, **za který náleží, na základě vystavené faktury.** Úhradu lze platit převodem na účet poskytovatele číslo (uvedeno ve smlouvě).Variabilní symbol pro platbu je číslo faktury. **Příspěvek na péči je určen výhradně na péči** (§ 73 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a **nelze jej použít na úhradu výše uvedeného**.  |