**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ OSOBNÍ ASISTENCE**

**Domov Sue Ryder, z. ú.**

**Michelská 1/7, 140 00 Praha 4**

**Tento rámeček vyplní sociální pracovnice osobní asistence Sue Ryder:**

|  |
| --- |
| Žádost doručena dne: Žádost převzala: |
| Žádost přijata do evidence dne: |

**Žádost je třeba vyplnit pečlivě, uvést všechny požadované údaje v obou částech žádosti. Neúplně vyplněná nebo nekompletní žádost nebude sociální pracovnicí osobní asistence Sue Ryder převzata k dalšímu zpracování.**

**Vyplněním žádosti dávám souhlas se shromažďováním, zpracováním a uchováváním osobních a citlivých údajů v rozsahu potřebném pro další jednání o poskytnutí sociální služby a případné poskytování sociální služby. Současně budou vyžity pro účely evidence žadatelů o službu osobní asistence a statistické vykazování pro účely definované v zákoně č. 108/2006 Sb.**

**OSOBNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE**

**Osobní údaje žadatele**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul žadatele  (osoba, které má být služba poskytována) | | | | | | |  | | | |
| Věk | |  | | | Datum narození | | |  | Státní příslušnost |  |
| Rodinný stav |  | | Telefon | | |  | | | e-mail |  |
| Adresa trvalého bydliště | | | |  | | | | | | |
| Adresa, na které má být služba poskytována, pokud je jiná než trvalé bydliště | | | |  | | | | | | |
| Omezení svéprávnosti žadatele  Ano  Ne | | | | | | | | | | |
| Jméno, příjmení, titul a kontaktní telefon soudem ustanoveného opatrovníka žadatele, pokud byl žadatel omezen ve svéprávnosti | | | | | k žádosti přiložte kopii rozhodnutí o omezení svéprávnosti | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Výše příspěvku na péči přiznaného žadateli (zaškrtněte):** | | |
| 1. stupeň 2. stupeň | 1. stupeň 2. stupeň | Nepobírá příspěvek na péči  Má podanou žádost: ano  ne |

**󠇢**

|  |
| --- |
| **Žadatel je držitelem průkazu (zaškrtněte):** |
| TP  ZTP  ZTP/P  není držitelem |

**Kontaktní osoba – tj. osoba, která bude po dobu, kdy bude žadatel využívat službu osobní asistenci dostupná a zavazuje se ke spolupráci se zaměstnanci služby:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul |  | | |
| Kontaktní adresa |  | | |
| Vztah k žadateli |  | Telefon |  |
| E-mailová adresa |  | | |

**Další kontaktní osoby, které mohou v případě potřeby zaměstnanci služby kontaktovat:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul |  | | |
| Kontaktní adresa |  | | |
| Příbuzenský poměr |  | Telefon |  |
| E-mailová adresa |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul |  | | |
| Kontaktní adresa |  | | |
| Příbuzenský poměr |  | Telefon |  |
| E-mailová adresa |  | | |

**Specifikace zájmu o osobní asistenci:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Kolik dnů v týdnu a v jakém časovém rozsahu? |  |

**Při kterých činnostech potřebujete pomoc, jaký druh pomoci?**

|  |
| --- |
|  |

**Informace o zdravotním stavu žadatele (tělesná a psychická omezení, kolapsové a záchvatové stavy, zdravotní rizika spojená s poskytováním služby)**

|  |
| --- |
|  |

**Osobní asistence Sue Ryder je terénní sociální služba, která dochází za klienty. Zaměstnanci této služby nejsou zdravotníci ani rehabilitační pracovníci.**

Vyplní klient či kontaktní osoba klienta:

|  |
| --- |
| **Diagnózy žadatele:** |

|  |
| --- |
|  |
| **Dieta žadatele (vyplňuje se pouze v případě, že klient dodržuje zdravotní dietu):** |
|  |

|  |
| --- |
| **Soběstačnost klienta při běžných denních úkonech:** |
| soběstačný  s dopomocí  nesoběstačný |

|  |
| --- |
| **Chůze žadatele:** |
| bez pomoci  s dopomocí  s holí/chodítkem  nechodící |

|  |
| --- |
| **Inkontinence žadatele:**  moči  stolice |

|  |
| --- |
| **Mentální stav** |
| dobrý  demence lehká  demence střední  demence těžká |

**Další zvláštní upozornění pro zaměstnance osobní asistence (zejména sdělení o případné pozitivitě u chronických hepatitid, pozitivní nálezy na MRSA, záchvatové a kolapsové stavy, eventuálně jiný závažný nález):**

|  |
| --- |
|  |

**Zdravotní kontraindikace, které vylučují poskytnutí služby osobní asistence:**

* Infekční a parazitární choroby všech druhů a stádií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění
* Tuberkulóza, s výjimkou stádií PIII. A MIII. A dalších stabilizovaných a inaktivních forem
* Pohlavní choroby v akutním stadiu; v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře příslušného zdravotnického zařízení
* Psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe nebo i druhé, respektive jeho chování znemožňuje kontakt a spolupráci s osobním asistentem
* Chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku

**V případě, že žadatel nezvládne komunikaci ohledně poskytnutí služby (kognitivní deficit, závažný zdravotní problém apod.), uveďte kontaktní osobu, kterou má sociální pracovnice kontaktovat:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul, vztah k žadateli |  |
| Kontakty (telefon, email) |  |

**PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (opatrovníka):**

**Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a beru na vědomí, že nepravdivé údaje mohou mít za následek neposkytnutí požadované služby, případně ukončení již poskytované služby, které se tato žádost týká.**

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

datum podpis žadatele podpis kontaktní osoby (opatrovníka)

**Vyplňuje zaměstnanec osobní asistence Sue Ryder:**

Datum jednání sociální komise osobní asistence Sue Ryder: …………………

Rozhodnutí sociální komise: …………………………………………………………………………………………………………………….....

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

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

Podpisy členů sociální komise: …………………………………………………………………………………………………………………….

Rozhodnutí sociální komise oznámeno: ……………………………………………………………………………………………………….

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