**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: Datum ověření žádosti: |

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

**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 |

**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 | |  | |
| Vztah k žadateli |  | Telefon |  |
| E-mailová adresa | |  | |

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

|  |
| --- |
| **Soběstačnost žadatele při běžných denních úkonech:** |
| soběstačný  s dopomocí  nesoběstačný |
| **Chůze žadatele:** |
| bez pomoci  s dopomocí  s holí/chodítkem  nechodící |
| **Inkontinence žadatele:** |
| moči stolice ne |
| **Mentální stav** |
| dobrý  demence lehká  demence střední  demence těžká |

**Specifikace zájmu o osobní asistenci:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Kolik dnů v týdnu? | ☐Pondělí  Úterý  Středa  Čtvrtek  Pátek  Sobota  Neděle  Bez konkrétní preference |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| V jakém časovém rozsahu?  7:00 – 20:00 hodin | Ranní hodiny | Počet hodin |  |
| Polední hodiny | Počet hodin |  |
| Večerní hodiny | Počet hodin |  |
| Konkrétní časový rozsah | Rozsah |  |

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

|  |
| --- |
| Nejčastěji poskytované činnosti:  **Strava, pitný režim**  **Osobní hygiena**  **Pomoc s drobným úklidem domácnosti a osobních věcí**  **Nákupy, doprovod k lékaři a jiné pochůzky**  **Laické aktivizační činnosti**  **Společnost, procházky a jiné volnočasové aktivity**  **Zajištění dohledu nad bezpečím klienta**  Jiné |

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

|  |
| --- |
|  |

**Očekávaný předpoklad zahájení služby**

|  |
| --- |
|  |

**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

**Vyplňuje sociální pracovnice osobní asistence Sue Ryder:**

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **Datum vyřazení žádosti z evidence:** |
| **Důvod vyřazení žádosti:** |