**Žádost o zahájení poskytování sociální služby**

Jméno, příjmení a titul žadatele:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Bydliště včetně PSČ:

**Charakteristika bydliště** (zaškrtněte možnosti, popř.doplňte)

Bydlím sám/sama v bytě

ano (rodinní příslušníci docházejí a pravidelně pečují)

ano (rodinní příslušníci docházejí nepravidelně dle svých možností)

ano (rodinní příslušníci nejsou schopni potřebnou péči poskytnout)

ano (nemám nikoho, příp. s rodinou nekomunikuji)

ano (péči zajišťuje Pečovatelská služba)

ano (péči zajišťuje cizí fyzická osoba)

jiná možnost ………………………………………………………

Bydlím s rodinnými příslušníky

ano (někdo je stále se mnou a schopen poskytnout péči)

ano (jsou celý den v práci a není nikdo, kdo by mi poskytl péči)

ano (péči zajišťuje Pečovatelská služba)

ano (péči zajišťuje cizí fyzická osoba)

jiná možnost ……………………………………………………...

Telefon:

Email:

Jste aktuálně pacientem ve zdravotnickém zařízení? ano ne

Jste aktuálně klientem jiného sociálním zařízení? ano ne

V jakém – adresa:

**Oblasti, kde potřebuji pomoci či podporu**

***Samostatnost a sebeobsluha***

Uvařím si sám/sama jídlo ano X ne

Pouze si jídlo ohřeji ano X ne

Najím se sám/sama ano X ne

Napije se sám/sama ano X ne

Jsem schopen/schopna samostatné chůze bez pomůcek ano (i venku)

ano (jen po bytě)

ano (několik kroků)

ne

Jsem schopen/schopna chůze pouze s pomocí ano (s holí)

ano (s chodítkem)

ano (s podporou osoby)

ano (na invalidnímvozíku)

Jsem schopen/schopna sedu na židli, křesle,.. ano X ne

Jsem schopen/schopna sedu na lůžku ano X ne

Dojdu si sám/sama na toaletu ano X ne

Umyji se sám/sama u umyvadla (ruce, obličej, zuby) ano X ne

Jsem schopen/schopna se vykoupat/osprchovat ano (bez pomoci)

ano (pouze s pomocí)

ne

Obléknu si sám/sama (všechny části oděvu) ano X ne

***Udržování domácnosti***

Jsem si schopen/schopna - umýt nádobí ano X ne

- uklidit místnost ano X ne

- vynést odpadky ano X ne

- dojít si na nákup ano X ne

***Uplatňování práv a oprávněných zájmů***

Zvládám samostatně vyřídit si veškerou korespondenci (banky, úvěrové společnosti, pošta, spořitelny, pojišťovny, soudy, úřady ad.) ano X ne

Praktický lékař:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

**Kontaktní osoby** (příbuzní apod. - telefon, příp. mail nebo adresa):

**Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům** (nutno přiložit kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o stanovení opatrovníka)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Souhlasím s poskytnutím všech požadovaných příloh. Dále svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby pověření pracovníci Domova Unhošť, poskytovatele sociálních služeb, sbírali mé osobní a rodinné údaje nezbytné pro poskytnutí pobytové sociální služby a zpracovávali dle **Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 98/46/ES- dále jen GDPR** až do doby skartace spisu.

Datum: Podpis žadatele:

(nebo zákonného zástupce)

**Kontaktní osoby:**

**Mgr. Jaroslav Foist**

**Kateřina Saimi Froňková Dis**

**tel. 312 698 406**

**mob. 774 412 140**

**email. socprac@ddunhost.cz**

**Cílová skupina osob:**

senioři ve věku od 65 let výše

senioři, kteří jsou ještě při hlavních úkonech soběstační

senioři s poruchou hybnosti, vnímání, komunikace

senioři se sníženou fyzickou aktivitou, soběstačností a sebe péčí

manželské dvojice, druh-družka

**Požadované přílohy:** Vyjádření lékaře

Lékařský posudek (před přijetím žadatele)

Písemné prohlášení každé kontaktní osoby uvedené v žádosti