****

**DOTAZNÍK PRO ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU**

Vyplněním tohoto dotazníku získáme informace, které nám usnadní poskytovat sociální služby podle představ a potřeby žadatele dle § 39 a §44 zákona č. 108/2006Sb.

Označte, o jakou službu žádáte.

* OSOBNÍ ASISTENCE - pravidelná
* TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBA - nárazová
1. **Žadatel:**

Jméno, příjmení, titul: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: ………………………………………………. Zdravotní pojišťovna:……………………………………………….

Bydliště žadatele: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………….. e-mail: ………………………………………………………………………

Příspěvek na péči: **a)** pobírá **b)** nepobírá **c)** vyřizuje se **d)** žádost o zvýšení

Způsobilost k právním úkonům: ANO NE ČÁSTEČNÁ

1. **Kontaktní osoba:**

Jméno, příjmení, titul: …………………………………………………………………………………………………………………………

Adresa: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………… e-mail: …………………………………………………………………

1. **Opatrovník nebo soudem stanovený Zástupce žadatele: ANO NE**

Příjmení a jméno, titul:……………………………………………………………………………..Telefon …………………………….

Na základě rozhodnutí soudu v ………………………………………………………………. ze dne: ……………………………..

Č.j. soudního rozhodnutí: …………………………………………………………………………………………………………………….

Vztah k opatrované/zastupované osobě: ……………………………………………………………………………………….......

1. **Ošetřující lékař** (jméno, adresa, telefon):

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

1. **Důvody podání žádosti o poskytování sociální služby – popis sociální situace žadatele:**

**Důležité informace o žadateli,** které mají vztah k poskytované sociální službě:

**Inkontinence**: **ANO / NE**

**Alergie**: **ANO /NE** v případě ,,ano“, popř. na co ………………………………………………………………………………..

**Mobilita (chůze, pohyb)**: **a)** bez pomůcek a pomoci druhé osoby **b)** s pomocí komp. pomůcek/osoby

**Stravování a pití**: **a**) zvládá **b**) s pomocí **c)** nezvládá

**Oblékání / svlékání**: **a)** zvládá sama **b)** zvládá s pomocí **c)** nezvládá

**Komunikace**: **a)** normální **b)** s problémem – s jakým ………………………………………………………………………

**Orientace v čase a prostoru** (zaškrtněte): **a)** dobrá **b)** zhoršená

 **Specifické pomůcky žadatele, které používá (zaškrtněte):**

* **Elektrická polohovací postel**
* **Chodítko**
* **Toaletní křeslo**
* **Berle**
* **El. Zvedák**
* **Invalidní vozík**

**Vlastní očekávání od služby (zaškrtněte):**

* **Hygiena**
* **Podání jídla a pití**
* **Procházky a procvičování**
* **Dohled a společnost**
* **Základní nákup do 5 kg**
* **Malý úklid**
* **Zajištění inko-pomůcek, vyzvednutí léků v lékárně apod.**
* **Jiné ……………………………………….**

**Rozsah služeb:**

Mám zájem o sociální službu ve dnech ………………………………………………………………………………………………

Mám zájem o časový rozsah služby/služeb ………………………………………………………………………………………..

**Požadovaný termín zahájení poskytování služby:** ……………………………………………………………………..

V ………………………………………………………………………. Dne ……………………………….

Žádost vyhotovil a podpis ………………………………………………………………………………

Spirála pomoci o.p.s. zpracovává osobní údaje v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)