**Spirála pomoci o.p.s.**

**Centrum ambulantních služeb – Za Jezerem 149, 280 00 Veltruby**

**IČ: 22689443; tel.: 608 101 619**

**Vedoucí sociální péče – 773 600 496**

**Datum přijetí žádosti:** **Stav žádosti:**

**Žádost o poskytnutí Odlehčovací služby – stacionář / víkendová pobytová**

|  |
| --- |
| **Žadatel/ka:**…………………………………………………………………………………..(jméno, příjmení)**Narozen/a:**……………………………………………………………………………………(den, měsíc, rok)**Trvalé bydliště:** …………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………**Místo aktuálního pobytu:**…………………………………………………………………**Telefon (mobil):** ……………………………**E-mail:** ……………………………………. |
| **Požadovaný termín poskytnutí sociální služby:**…………………………………………………………………………………………. |
| **Prohlašuji, že mám zájem o nástup co nejdříve po uvolnění kapacity\*****ANO NE****Souhlasím se zařazením žádosti do pořadníku\*****ANO NE**\*V případě, že nemáte pevně určený termín nebo je v tomto termínu naplněná kapacita |
| **Důvod podání žádosti.**Popište prosím, proč máte zájem využívat odlehčovací službu, jaké jsou vaše potřeby a očekávání od služby.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Kontakt na osobu, která má být informována v případě potřeby:** Jméno a příjmení, přesná adresa (včetně PSČ), telefon, mobil, e-mail, vztah k žadateli………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….Je-li žadatel/ka **omezen/a ve svéprávnosti**, uveďte jméno, adresu a telefon **opatrovníka**, (nutno přiložit rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka). ………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………… |

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a žádnou podstatnou skutečnost, která by měla vliv na poskytování služby, jsem nezamlčel/a. Pokud dojde ke změně údajů uvedených v žádosti o poskytnutí sociální služby, jejich změnu neprodleně nahlásím.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/a  seznámen/a s informací o zpracování osobních údajů žadatelů u CAS.

…....…………………………………..

 Datum: podpis žadatele/ky

 (zmocněnec, opatrovník)

**Poznámka:**

1) Je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti, podepisuje žádost soudem stanovený opatrovník.

2) Podpis na žádosti může provést osoba, která zastupuje osobu ve vyřizování přijetí do CAS na základě plné moci – je třeba doložit plnou moc nebo dodat potvrzení od lékaře, že se osoba není schopna podepsat.

3) V případě, že již žadatel/ka nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popřípadě na telefon: 773 600 496.

4) Informace o zpracování osobních údajů u CAS Veltruby/Kolín a o způsobech uplatnění práv subjektu údajů, jsou vždy v aktuální podobě

**Přílohy k žádosti** (označte křížkem)**:**

* **Plná moc** - pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel/ka.
* U žadatele/ky omezené/ho ve svéprávnosti – ověřenou **kopii rozhodnutí soudu** o omezení svéprávnosti a **usnesení / listinu** o ustanovení opatrovníka.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vyjádření komise** (vyplňuje CAS)**:**

* **žádost byla přijata k dalšímu posouzení**
* **žádost nebyla přijata z důvodu:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Podpisy členů komise:**

|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE** **o zdravotním stavu žadatele/ky o poskytnutí služby Odlehčovací služba****1. Žadatel/ka** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ příjmení jméno narozen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ den, měsíc, rok  bydliště \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ obec ulice číslo PSČ |
| **2. Aktuální zdravotní stav žadatele/ky:** |
| **3. Duševní stav žadatele/ky** (v případě duševního onemocnění prosím podrobně popište konkrétní projevy onemocnění):**Alkohol a jiné návykové látky** (specifikujte, zda se jedná o závislost aktuální, či nikoliv, popište projevy chování): **Agresivní chování** (popište prosím, o jaké přesné agresivní projevy se jedná, co agresivitu vyvolává a jaké jsou způsoby zvládání agresivního chování): **Projevy chování, které mohou narušovat kolektivní soužití – popište:** |
| **4. Současná léčba (medikace):** |
| **5. Infekční onemocnění:**  |
| **6. Diagnóza:**1. hlavní:
2. ostatní choroby nebo chorobné stavy
 |
| **7. Mobilita, komunikace, orientace:** \*)nehodící se škrtněteJe schopen chůze bez pomoci jiné osoby ANO\*) NE\*) Je upoután na lůžko ANO\*) NE\*)Komunikace: slovní\*) mimoslovní\*) jiná – jaká?Orientace: časem ANO\*) NE\*) místem ANO\*) NE\*)  osobou ANO\*) NE\*)Schopnost slyšet ANO\*) NE\*) částečně\*)Schopnost vidět ANO\*) NE\*) částečně\*) Je v péči specializovaného oddělení, uveďte kterého……………………………………...Potřebuje zvláštní péči – jakou:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Další informace důležité pro péči o žadatele/ku: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 8. Jiné údajeDne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis ošetřujícího lékaře \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razítko |