**Žádost o přijetí**

**na Odlehčovací službu**

Číslo žádosti:

Žádost přijata:

Žádost zařazena:

**Žadatel**: ……………………………………………………………………………………

(jméno, příjmení)

**Datum narození**:………………………………………………………………..

**Adresa trvalého pobytu………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………….**

**Adresa, na které se žadatel aktuálně zdržuje**:……………………………………

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

**Kontaktní telefon**:………………………**email**:…………………………………….

**Jaký máte důvod pro podání žádosti?**...........................................................

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

**V čem Vám může služba pomoci?**.....................................................................

…………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………...

**Požadované využití odlehčovací služby :**

od ………………………………………….. do ………………………………………….

od ………………………………………….. do ………………………………………….

od ………………………………………….. do ………………………………………….

od ………………………………………….. do ………………………………………….

**Kontaktní osoba:** (vyplňte, je-li kontaktní osobou někdo jiný, než sám žadatel)

jméno, příjmení:…………………………………………………………………………..

přesná adresa: …………………………………………………………………………….

telefon, email:.......................................................................................................................

**Jméno a adresa zákonného zástupce:** (u osob, které jsou omezeny ve svéprávnosti nebo mají soudem jmenovaného opatrovníka, přiložte kopii usnesení o ustanovení opatrovníka)

jméno, příjmení**:**…………………………………………………………………………..

přesná adresa**:**…………………………………………………………………………….

telefon, email**:**…………………………………………………………………………….

Při nedostatečné kapacitě lůžek souhlasím se zařazením do evidence žadatelů o sociální službu: ☐ ano ☐ ne

V souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (toto nařízení bude dále označováno jen jako „GDPR“) si Vás dovolujeme informovat, že o Vaší osobě budeme zpracovávat osobní údaje, které jste nám poskytl/a.

Svým podpisem uděluji souhlas Diakonii ČCE – středisku v Myslibořicích ke zpracování osobních údajů za uvedených podmínek.

Dne:*…………………. ……………………………………….*  Podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

**Vyjádření praktického lékaře**

**o vhodnosti přijetí žadatele na Odlehčovací službu**

Doklad k žádosti č.

|  |
| --- |
| **okruh osob, kterým je naše služba určena**   * seniorům od 60 - ti let věku se sníženou soběstačností * lidem se syndromem demence od 50 - ti let věku se sníženou soběstačností |
| **Jméno a příjmení žadatele: …………………………………………………………………………………….**    **Datum narození: ……………………………………………………………………………………………….......................**  **Bydliště:……………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Jméno praktického lékaře**:……………………………………………………………………  Adresa a telefon………………………………………………………………………………… |
| **Žádáme Vás o vyplnění následujících údajů, které jsou pro nás důležité k posouzení žádosti o umístění do našeho zařízení.**  **Potvrzuji, že žadatel má :**   * Alzheimerovu nemoc * alkoholickou demenci * jinou formu demence : ………………………………   **Potvrzuji, že žadatel není:**   * osobou, jejíž zdravotní stav vyžaduje stálou přítomnost lékaře nebo umístění ve zdravotnickém zařízení, * osobou s infekčním onemocněním, * osobou s přidruženou duševní poruchou (např. psychóza, zneužívání omamných látek, alkoholismus,…), při níž může ohrozit sebe i druhé, nebo která svým chováním může závažným způsobem narušovat a znemožňovat společné bydlení a klidné soužití.   **Pokud žadatel trpí duševní poruchou, jaké jsou její projevy:** |
| **Je žadatel soběstačný v péči o svou osobu? (označte prosím odpovídající možnost)**   1. plně soběstačný, úkony zvládá sám 2. soběstačný s dohledem či dopomocí 3. převážně závislý na péči druhé osoby 4. plně závislý na péči druhé osoby |
| **Jaké konkrétní dopady má zdravotní stav žadatele na míru soběstačnosti?** (uveďte konkrétní projevy např.: nezvládá chůzi, chodí s komp. pomůckou, potřebuje pomoc při podávání stravy, při oblékání, celkové hygieně, používá inkontinenční pomůcky, zapomíná, neorientuje se v čase, prostoru, nekomunikuje, nezvládá pečovat o domácnost,…) |
| Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné informace ovlivňující možné přijetí zájemce na Odlehčovací službu a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.  Datum: Razítko a podpis lékaře |

**Informace o dalším postupu**

Po doručení Vaší žádosti do Diakonie ČCE – střediska v Myslibořicích sociální pracovnice žádost zaeviduje, shromáždí kompletní podklady a posoudí, zda spadáte do okruhu klientů a zda je Vaše přijetí do Domova možné. Pokud ano a je-li volná kapacita, sociální pracovnice Vám rezervuje požadovaný termín.

Vyjádření praktického lékaře můžete doložit nejpozději před podpisem Smlouvy o poskytnutí služby sociální péče v Diakonii ČCE – středisku v Myslibořicích.

Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete zařazeni do Evidence žadatelů o přijetí. Pokud se kapacita uvolní, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a uzavřena Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v Diakonii ČCE – středisku v Myslibořicích.

V případě, že bude Vaše žádost zamítnuta, budete o této skutečnosti písemně vyrozuměn/a. Domov Vám v tomto případě poskytne informace o dalších možnostech řešení Vaší situace.

Pokud Žádost není vyřízena do 1 roku, sociální pracovnice bude Vaši žádost aktualizovat.

Ve vlastním zájmu hlaste změny týkající se kontaktních údajů, zdravotního stavu a soběstačnosti, umístění v jiném zařízení, aj. **V případě potřeby nás můžete kontaktovat na tel.: 568 834 959, 568 834 947, 568 834 958, nebo poštou, případně e-mailem: socialni@domovmysliborice.cz**

Pobytová služba je hrazena z příjmu žadatele dle aktuálního ceníku, který je zveřejněn na našich webových stránkách www.domovmysliborice.cz. Pokud příjmy žadatele nedosahují na úhradu nákladů za pobyt v Domově, může se na úhradě nákladů podílet rodina nebo jiná blízká osoba žadatele.

Náš Domov není zdravotnické zařízení, proto zde není trvale přítomen lékař.

Klienti Odlehčovací služby si ponechávají svého praktického lékaře. Kontakt s ním a potřebné záležitosti si zajišťuje klient sám, příp. za pomoci rodiny či jiné blízké osoby.