**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

*Vyplňuje poskytovatel sociální služby:*

|  |  |
| --- | --- |
| Poskytovatel sociální služby: | **AHC Senior centrum Stříbro**  |
| Žádost doručena dne:Žádost je kompletní – nekompletní. | Doplnění nekompletní žádosti doručeno dne: |
| Pořadové číslo žádosti: | Datum vyřazení žádosti: |
| Datum zahájení poskytování služby: | Důvod vyřazení žádosti: |

*Vyplňuje žadatel (zaškrtněnte službu, o kterou máte zájem):*

**POŽADOVANÁ SOCIÁLNÍ SLUŽBA:**

* **domov se zvláštním režimem** *(*pobytová sociální službu pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění demence, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby),
* **odlehčovací služba**(pobytová sociální služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí za účelem umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek)

INFORMACE O ŽADATELI:

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

Datum narození: ………………………………………………………………………………………

Trvalý pobyt: …………………………………………………………………………………………..

Současné místo pobytu: ……………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………… Email: …………………………………..............

INFORMACE O OSOBĚ ZASTUPUJÍCÍ KLIENTA NA ZÁKLADĚ ROZHODNUTÍ SOUDU, NEBO O OSOBĚ POSKYTUJÍCÍ NÁPOMOC PŘI ROZHODOVÁNÍ

Opatrovník – zastoupení členem domácnosti – podpůrce (*odpovídající variantu zaškrtněte a doložte kopií rozhodnutí soudu)*

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………… Email: ………………………………….........

**KONTAKTNÍ OSOBA**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………

Vztah k žadateli: ……………………………………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………. Email: …………………………………...........

Případně další kontaktní osoba, kterou lze v případě potřeby kontaktovat: ……………………

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

**KDE SE V DOBĚ PODÁNÍ ŽÁDOSTI NACHÁZÍTE?**

1. ve zdravotnickém zařízení, název a adresa:

datum zahájení hospitalizace: důvod:

1. v domácím prostředí,
2. v jiném pobytovém sociálním zařízení, název a adresa:
3. jsem osobou bez přístřeší.

**DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI**

Popis nepříznivé situace: ……………………………………………………………………………

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

Co od sociální služby očekáváte: ……………………………………………………………………

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

**V JAKÝCH ZÁKLADNÍCH ŽIVOTNÍCH POTŘEBÁCH POTŘEBUJETE PODPORU?** (vybranou oblast zaškrtněte, případně doplňte konkrétními údaji):

***MOBILITA:*** změny a udržení poloh:

 stoj a chůze:

 potřeba opory při pohybu:

***ORIENTACE:*** orientace v čase – místě – jiných osobách – mou osobou – v situacích

 potřeba speciálních opatření z důvodu zhoršené orientace:

 smyslové postižení:

***KOMUNIKACE:*** porozumění řeči:

 mluvená řeč:

 komunikace s jinými lidmi:

***STRAVOVÁNÍ:***

***OBLÉKÁNÍ A OBOUVÁNÍ:***

***TĚLESNÁ HYGIENA:***

***VYPRAZDNOVÁNÍ, KONTINENCE:***

***PÉČE O ZDRAVÍ:*** připomenout – připravit – podat léky

 ošetřování rány

 polohování

 perkutánní endoskopická gastrostomie

 oxygentorapie

***OSOBNÍ AKTIVITY:*** schopnost vstupování do vztahů s jinými osobami a jejich udržení:

 schopnost stanovit si a dodržet denní programu

 vyřizovat si své záležitosti

***PÉČE O DOMÁCNOST:***

**PŘEDPOKLÁDANÁ DOBA ZAHÁJENÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY:**

1. okamžité zahájení poskytování služby i za cenu poskytování služby u náhradního poskytovatele v rámci skupiny AHC,
2. poskytování služby co nejdříve po podání žádosti, jestliže bude volná kapacita, přičemž pravděpodobné datum zahájení poskytování služby je plánováno na den
**1. 7. 2025,**
3. jedná se o žádost preventivního charakteru, uveďte odhadovanou dobu, od kdy byste potřebovali službu zajistit:

**PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI:**

Příloha č. 1: Posudek lékaře o zdravotním stavu žadatele – **bude vyžádán až po prvotním orientačním posouzení žádosti.**

**POUČENÍ ŽADATELE:**

Osobní údaje poskytnuté v této žádosti slouží jako podklad pro budoucí uzavření smlouvy
o poskytnutí sociální služby. Pravidla pro zpracování osobních údajů naleznete na www.stribro.ahc.cz.

Povinností žadatele je poskytovat pravdivé a aktuální údaje. Jakékoliv změny v osobních údajích (místo současného pobytu, kontaktní osoba, telefon…) oznamte prosím komunikačnímu specialistovi nebo sociálnímu pracovníkovi. Kontaktní údaje jsou k dispozici na www. stribro.ahc.cz.

V ……………………………………………… dne …………………………………………………

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

 Podpis žadatele Podpis osoby zastupující žadatele