

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Podpora samostatného bydlení

ŽADATEL

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště:

Dosažené vzdělání:

Telefon, email:

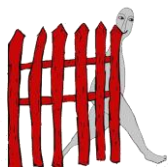
Důvod, proč chce žadatel využívat sociální službu Podpora samostatného bydlení v Integrovaném centru pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Byl již žadatel umístěn v některém zařízení sociálních služeb? ANO – NE

Pokud ano, uveďte prosím, ve kterém zařízení sociálních služeb byl žadatel umístěn.

.....
.....
.....



Je žadatel způsobilý k právním úkonům?

ANO – NE

Uvést soud: číslo rozsudku: ze dne:

právní moc:

Je ustanoven opatrovník?

ANO – NE

Uvést soud: číslo rozsudku: ze dne:

právní moc:

OPATROVNÍK ŽADATELE/ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení:

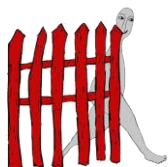
Datum narození:

Trvalé bydliště:

Přechodné bydliště:

Doručovací adresa:

Telefon, email:



Prohlášení žadatele (opatrovníka, zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v žádosti o poskytování sociální služby jsou pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby nebo její výpověď.

V dne

.....

Čitelný podpis žadatele nebo zákonného zástupce, opatrovníka.

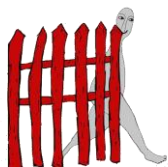
Žádost zasílejte na adresu:

Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna
Horní Poustevna čp. 40
407 82 Dolní Poustevna

popřípadě můžete zaslat žádost prostřednictvím emailu:

info@ichp.cz

nebo datové schránky: bvzyjve



Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele **(doklad k žádosti)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Anamnéza (osobní, rodinná):

.....
.....
.....

Objektivní nález:

.....
.....
.....

Duševní stav:

.....
.....
.....

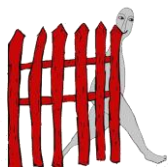
Diagnóza (česky)

- hlavní.....

- statistická značka podle MKN 10.....

- ostatní nemoci nebo chorobné stavy.....

.....



Potřebuje lékařské ošetření?

Trvale ANO – NE

Občas ANO – NE

Kdy bylo poslední očkování TAT?

Je pod dohledem specializovaného zdrav. oddělení? ANO – NE

Je léčen nebo sledován pro infekční nebo parazitární onemocnění? ANO – NE

Pokud ano, pro jaké?

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ANO – NE

Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým je sledován?

Potřebuje zvláštní péči? ANO – NE

Jakou?

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO – NE

Je trvale upoután na lůžko? ANO – NE

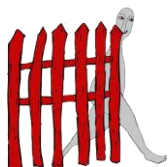
Je schopen sebeobsluhy? ANO – NE

Je schopen pochopit jednoduché pokyny? ANO – NE

Pomočuje se trvale ANO – NE

občas ANO – NE

v noci ANO – NE



Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna
Příspěvková organizace hlavního města Prahy
Horní Poustevna č. p. 40
407 82 Dolní Poustevna
okr. Děčín, Česká republika

IČO : 708 72 686



Jiné údaje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dne:

.....

razítko a podpis lékaře

Zdravotní náklady spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.