

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

pobytová služba

ambulantní služba

1. Jméno a příjmení, titul:		
2. Datum narození:		3. Totožnost ověřena: <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne
4. Bydliště:		tel: -----
Kontaktní adresa: -----		mobil: -----
		e-mail: -----
5. Rodinný stav:		
6. Žadatel je příjemcem příspěvku na péči: *) <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne		
<input type="radio"/> stupeň 1 <input type="radio"/> stupeň 2 <input type="radio"/> stupeň 3 <input type="radio"/> stupeň 4		
7. Manžel/ka, rodinní příslušníci a jiné osoby blízké žijící ve společné domácnosti:		
jméno a příjmení	příbuzenský vztah	kontakt
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
8. Manžel/ka, rodiče, děti a jiné kontaktní osoby žijící mimo společnou domácnost:		
jméno a příjmení	příbuzenský vztah	kontakt
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
9. Rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům předložen: <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne		Zákonný zástupce:
č.j.: -----		jméno a příjmení: -----
		kontakt: -----
10. Vyjádření lékaře - stručná anamnéza: -----		

Dle lékaře <input type="radio"/> je <input type="radio"/> není schopen pobytu v odlehčovací službě.		
Jméno ošetřujícího lékaře: -----		telefon: -----
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: -----		

11. Držitel průkazu: *) <input type="radio"/> TP <input type="radio"/> ZTP <input type="radio"/> ZTP/P		
12. Zájmy, koníčky klienta: -----		

13. Inkontinentní pomůcky: <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne		
14. Kompenzační pomůcky: -----		

● Žadatel zaškrtně vhodnou odpověď

*) Žadatel není povinen tyto údaje poskytnout

15. Požadované úkony a rozsah péče:	
Obligatorní úkony:	Četnost úkonů
pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	
<input type="checkbox"/> pomoc a podpora při podávání jídla a pití	
<input type="checkbox"/> pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	
<input type="checkbox"/> pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru	
<input type="checkbox"/> pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	
pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu	
<input type="checkbox"/> pomoc při úkonech osobní hygieny	
<input type="checkbox"/> pomoc při základní péči o vlasy a nehty	
<input type="checkbox"/> pomoc při použití WC	
poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	
<input type="checkbox"/> zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování	
<input type="checkbox"/> pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby	
poskytnutí ubytování, jde - li o pobytovou formu služby	
<input type="checkbox"/> ubytování	
<input type="checkbox"/> úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení	
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	
<input type="checkbox"/> doprovod do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět	
<input type="checkbox"/> pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob	
sociálně terapeutické činnosti	
<input type="checkbox"/> socioterapeutická činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob	
pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	
<input type="checkbox"/> pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů	
<input type="checkbox"/> pomoc při vyřizování běžných záležitostí	
výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	
<input type="checkbox"/> nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností	
<input type="checkbox"/> podpora při zajištění chodu domácnosti	

Fakultativní úkony:	Četnost úkonů
<input type="checkbox"/> koupel s jemnou masáží - vana Parker v hygien. středisku	
<input type="checkbox"/> vířivková masáž dolních končetin v hygienickém středisku	
<input type="checkbox"/> vířivková masáž horních končetin v hygienickém středisku	
<input type="checkbox"/> masáž - poskytuje pracovník PS - relaxační	
<input type="checkbox"/> kadeřnické služby	
<input type="checkbox"/> infrasauna	
<input type="checkbox"/> použití pračky a sušičky prádla	
<input type="checkbox"/> systém pro hlasovou komunikaci a volání v tísni	
16. Individuální plán, osobní cíl klienta: _____	

17. Žadatel se o odlehčovací službě dozvěděl:	
<input type="radio"/> od ošetřujícího lékaře <input type="radio"/> z letáku <input type="radio"/> na sociálním úřadu <input type="radio"/> od známého <input type="radio"/> jiná možnost - uveďte jaká _____	
18. Osobní údaje žadatele jsou shromažďovány pouze ke stanovenému účelu a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu. Žadatel souhlasí se zpracováním těchto údajů.	
19. Nástup do odlehčovací služby od: _____	
20. Na základě žádosti bude s klientem sepsána Smlouva o poskytnutí odlehčovací služby.	
21. Žadatel prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě.	
V Liberci dne: _____	Podpis žadatele: _____

Doklady potřebné k vyřízení žádosti:

- platný občanský průkaz
- v případě osob zbavených způsobilosti rozsudek o zbavení způsobilosti a usnesení o ustanovení opatrovníka
- v případě vlastníků průkaz TP, ZTP, ZTP/P