



Ústav sociálních služeb města Nové Paky, Svatojánská 494, Nová Paka 509 01
Odlehčovací služba

Žádost o přijetí do Ústavu sociálních služeb města Nové Paky

Prosím, tuto část NEVYPLŇUJTE

Žádost doručena:

Žádost vyřazena:

Prosím, tuto část VYPLŇTE.

Žadatel o službu:

Příjmení:

Jméno:

Titul:

Den, měsíc a rok narození:

Státní příslušnost:

Trvalé bydliště:

Telefonní číslo:

Adresa pro doručování (pokud se liší od trvalého bydliště):

Pečující/kontaktní osoba, určená žadatelem, při pomoci v jednání o sociální službu (děti, manžel, vnuk apod.; jméno, příjmení, adresa, telefon, e-mail apod.):

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

Další kontaktní osoby:

1. Jméno, příjmení:

Vztah:

Telefon:

2. Jméno, příjmení:

Vztah:

Telefon:

Jméno a adresa zákonného zástupce (ustanoveného soudem):

Žádaná doba pobytu	První den pobytu:	Poslední den pobytu:
---------------------------	-------------------	----------------------

Je v současné době žadatel umístěn v nějakém zařízení (nemocnice, LDN, rehabilitační pracoviště)
Ve kterém?od kdy

Má žadatel tendence brát za kliky, zkoušet zamčené/odemčené dveře nebo se dožadovat odchodu (např. "musím jít vařit", "musím jít za maminkou")?	ANO	NE
Bývá žadatel v noci aktivní? Vstává z lůžka a pokouší se o odchod z místnosti/budovy?	ANO	NE
Jak žadatel reaguje na přítomnost cizích lidí nebo narušení osobního prostoru?		

*vyhovující označte ✓

Prohlášení žadatele – podpisem této žádosti prohlašuji a beru na vědomí:

- *Prohlašuji, že veškeré údaje v této Žádosti jsem uvedl pravdivě*
- *Beru na vědomí, že nedílnou součástí této žádosti je VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE*
- *Beru na vědomí, že údaje uvedené v Žádosti a ve Vyjádření lékaře budou použity pro účely přijetí do Ústavu sociálních služeb města Nové Paky*
- *Beru na vědomí, že po zaevidování této Žádosti bude provedeno sociální šetření*
- *Beru na vědomí, že rozsah potřebné zdravotní péče, potřebné zdravotnické pomůcky a léky si zajišťuji u svého praktického lékaře na CELOU DOBU pobytu na odlehčovací službě sám (popř. za pomoci rodiny)*
- *Beru na vědomí, že si zajišťuji zdravotní péči prostřednictvím Domácí zdravotní péče zajišťované ÚSSM Nové Paky nebo prostřednictvím Domácí zdravotní péče dle vlastní volby na CELOU DOBU pobytu na odlehčovací službě sám (popř. za pomoci rodiny)*

V

Dne:

Podpis žadatele:
(event. zákonného zástupce)

Podpis pečující osoby:



§44 Odlehčovací služba – Zákon o sociálních službách:

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Příloha k žádosti:

- U žadatele zastoupeného na základě rozhodnutí soudu – kopie rozhodnutí soudu