



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Poskytovaná sociální služba: **Domov se zvláštním režimem**

Žadatel, žadatelka:

Jméno a příjmení: Rodné příjmení:.....

Státní příslušnost:

Rodinný stav: Svobodný(á) Ženatý Vdaná Rozvedený(á) Ovdovělý(á)

Datum narození: Místo narození:

Trvalé bydliště:

Ulice, číslo Obec PSČ Okres

Kontakt (telefon, e-mail):

Místo aktuálního pobytu žadatele (nemocnice, LDN, u příbuzných, u opatrovníka):

.....
Ulice, číslo Obec PSČ

Název instituce, telefon, e-mail:

.....

Kontaktní osoba pro jednání ve věci vyřízení žádosti:

Jméno a příjmení:

Vztah k žadateli (syn, dcera,...):

Bydliště:

Telefon: e-mail:

Opatrovník žadatele:

Jméno a příjmení.....

Bydliště:

Telefon: e-mail:

Rozhodnutí soudu v ze dne:,

jehož kopii dokládám.

Důvod, proč žádám o poskytnutí sociální služby:

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

Souhlasím s tím, aby sociální pracovnice Domova seniorů Uhlířské Janovice, p. o. nahlížela do dokumentu Vyjádření lékaře nebo lékařské zprávy v rámci sociálního šetření.

Ano, souhlasím Ne, nesouhlasím

V případě NESOUHLASU je nutné Vyjádření lékaře předat v zalepené obálce.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl/a pravdivě a podle skutečnosti a případné změny oznámím sociální pracovníci domova.

V souladu s ustanovením Obecného nařízení o ochraně osobních údajů č. 2016/679 (GDPR) svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování, uchovávání a zpracovávání osobních a citlivých údajů týkajících se mé osoby, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Dne.....

.....
vlastnoruční podpis žadatele/opatrovníka

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele k Žádosti do Domova seniorů Uhlířské Janovice, p. o.,
který poskytuje sociální službu **Domov se zvláštním režimem.**
(Přijímáme pouze tento vyplněný tiskopis)

Žadatel/ka: Zdravotní pojišťovna:

Datum narození: RČ:

Bydliště:

Současný pobyt (např. LDN):

Ošetřující praktický(á) lékař/ka:

Adresa:

Telefon: e-mail:

1. Aktuální zdravotní stav, hlavní diagnózy:

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

2. Duševní stav:

- Orientovanost žadatele: MÍSTEM ČASEM OSOBOU
- Akutní / chronické duševní onemocnění:
- Poruchy chování:
- Typ demence: Stupeň:
- Test kognitivních funkcí (počet bodů):.....

Doporučuji sociální službu:

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ANO NE

(pro osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a jiné typy demence, duševní onemocnění, zmatenost, riziko bloudění, ztráta orientace v prostoru, poruchy chování)

3. **Trpí žadatel závislostí na omamných, psychotropních, příp. jiných látkách?**

- ANO – jaké:
- NE

4. **Datum posledního očkování: NUTNÉ!**

TAT: PNEUMO:

VAXIGRIP:

5. **Žadatel navštěvuje odborné ambulance:**

- Plicní Neurologie Nutriční Psychiatrie Ortopedie Chirurgie
- Diabetologie Kardiologie Interna Onkologie Oční Nefrologie

6. **Žadatel je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo pro parazitární chorobu?** NE ANO, pro jakou:

7. **Objektivní nález**

- Sluch: normální nedoslýchá zbytky sluchu je neslyšící
- Zrak: normální zhoršené vidění zbytky zraku je nevidomý
- Řeč: normální porucha řeči:

Je schopen chůze bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
K chůzi používá kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> invalidní vozík <input type="checkbox"/> chodítka	
Je upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Porucha příjmu potravy, tekutin	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inkontinence moči	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Používání WC křesla u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Defekty kůže:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Dekubity (stupeň, lokalizace):		
Opruzeniny (stupeň, lokalizace):		
Alergie:		
Dieta: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Diabetická <input type="checkbox"/> Šetřící <input type="checkbox"/> Strava mletá <input type="checkbox"/> PEG		

V..... dne

.....
razítko a podpis praktického lékaře

INFORMACE O DALŠÍM POSTUPU VE VĚCI VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Žádost lze doručit **poštou**, naskenovat a zaslat **mailem** nebo **po telefonické domluvě** donést **osobně**.
- Sociální pracovníce Vás bude kontaktovat ohledně sociálního šetření.
- V případě, že Vaše žádost bude schválena, sociální pracovníce ji zařadí do evidence žadatelů a o této skutečnosti budete písemně vyrozuměni.
- V případě, že Vaše žádost bude zamítnuta, tzn., že nebudete splňovat podmínky k přijetí do zařízení, budou Vám poskytnuty další informace o možnostech řešení Vaší situace.

Součástí žádosti o poskytnutí sociální služby je aktuální **Vyjádření lékaře** (ne starší jak 3 měsíce).

Před podáním žádosti doporučujeme seznámit se s **Domácím řádem** Domova seniorů Uhlířské Janovice, **vzorovou smlouvou a Postupem při uzavírání smlouvy**. Tyto dokumenty najdete na našich webových stránkách, případně Vám je můžeme zaslat poštou nebo mailem.

KONTAKTY pro zájemce o sociální službu

Adresa: Domov seniorů Uhlířské Janovice, p. o.
Topolová 918, 285 04 Uhlířské Janovice
Tel.: 311 444 100
Email: info@domovjanovice.cz

Ing. Václav Váňa, MPA
ředitel
tel. 311 444 240
email: vvana@domovjanovice.cz

Mgr. Hana Bílá
vedoucí sociálního úseku
tel.: 311 444 245, mobil: 722 958 602
e-mail: hbila@domovjanovice.cz

Mgr. Iveta Mašková
sociální pracovníce
tel.: 311 444 246
e-mail: imaskova@domovjanovice.cz

Bc. Kateřina Růžková
sociální pracovníce
tel.: 311 444 247
e-mail: kruzkova@domovjanovice.cz

Telefonické informace Vám rádi poskytneme každý všední den od 7:00 – 14:30 hodin.

POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLOUVY V DOMOVĚ SENIORŮ UHLÍŘSKÉ JANOVICE

- 1) K podpisu smlouvy v Domově seniorů Uhlířské Janovice dojde **pouze pokud žadatel s poskytovanou službou souhlasí**, a to i v případě, že má opatrovníka. Projevení souhlasu může být vyjádřeno verbálně i neverbálně. Smlouvu podepisuje klient, příp. opatrovník, nebo zmocněnec klienta na základě udělené plné moci či zástupce na základě rozsudku soudu o právním zastoupení, nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností, a ředitel domova.
- 2) **Pokud se žadatel nemůže podepsat ze zdravotních důvodů (např. má zlomené obě ruce), ale je schopen jednat, s poskytováním služby souhlasí a obsahu smlouvy rozumí**, podepisuje smlouvu zmocněnec žadatele na základě udělené plné moci či zástupce na základě rozsudku soudu o právním zastoupení.
- 3) **Pokud žadatel neprojeví svůj souhlas s poskytováním služby (na základě lékařského posudku není schopen obsahu smlouvy porozumět, není schopen jednat, znamená to, že nelze určit, zda s poskytovanou službou souhlasí či nesouhlasí**. V tomto případě podepisuje smlouvu Obecní úřad obce s rozšířenou působností dle sídla poskytovatele sociální služby (OÚ v Kutné Hoře), a to na základě lékařského posudku dodaného rodinou zájemce Obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností.
Opatrovník nebo obecní úřad s rozšířenou působností může smlouvu uzavřít pouze na základě splnění dvou zákonem stanovených podmínek, a to

§ 91 a, odst. 1:

- a) *neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo život osoby nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí a*
- b) *nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením*

§ 91 a), odst. 2:

Podmínku uvedenou v odstavci a) posuzuje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb.

**Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*

- 4) **K podpisu smlouvy o zahájení poskytování služby v Domově seniorů Uhlířské Janovice dojde pouze pokud žadatel, příp. opatrovník, dodá nejpozději 3 dny před samotným přijetím do domova Lékařský posudek s potvrzením o tom, že zdravotní stav posuzované osoby splňuje předpoklady pro poskytování sociální služby v Domově seniorů Uhlířské Janovice, p. o. (dle § 41 písm. g) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách)**

Ceník úhrady za ubytování a stravu v Domově seniorů Uhlířské Janovice

Platnost od 1. 5. 2020

Cena za ubytování a stravu na jednolůžkovém, dvoulůžkovém a třílůžkovém pokoji			
Úhrada za:	Kč/den	Počet dní	Celkem Kč/měsíc
Strava	170,-	30,42	5 171,-
Ubytování	210,-	30,42	6 389,-
Celkem	380,-	30,42	11 560,-

- ❖ Úhrada za poskytované služby (ubytování a stravu) je vždy do patnáctého (15.) dne aktuálního měsíce, za který náleží.
- ❖ Úhradu lze platit převodem na účet poskytovatele: **13233161/0100**. Variabilní symbol pro platbu je rodné číslo klienta.
- ❖ **Příspěvek na péči je určen výhradně na péči** (§ 73 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a **nelze jej použít na úhradu výše uvedeného**.
- ❖ **Potravinové náklady** = vrácená částka při nepřítomnosti: **116 Kč/den**
V případě klienta s nízkým příjmem, který nehradí plnou úhradu za pobyt a stravu, se vrací poměrná částka odvíjející se od skutečně uhrazené částky klientem.

Ceník fakultativních služeb v Domově seniorů Uhlířské Janovice

Platnost od 1. 1. 2020

Doprava klienta do zdravotnického zařízení, na úřady atd., služebním vozidlem	6 Kč/km
Poplatek za používání vlastních elektrických přístrojů na pokoji (rychlouhřadná konvice, holicího strojků, mobilního telefonu, PC apod.)	11 Kč/měs.
Poplatek za vedení finančních depozit	20 Kč/měs.
Poplatek za vedení hmotných depozit	11 Kč/měs.

- ❖ Fakultativní služby jsou poskytované za zvláštní úhradu a na vyžádání klienta. Fakultativní služby nejsou hrazeny z úhrady za ubytování a stravu.
- ❖ Fakultativní služby mohou být v případě nemožnosti personálního zajištění poskytovatelem odmítnuty.