**Formuláře SOC Zárubova:**

## ŽÁDOST

## *o poskytování sociální služby* v Sociálně ošetřovatelském centru Zárubova 971, Praha 4

## Jméno žadatele …………………………………................................

## Datum narození:………………………… stav ......................................

Trvalé bydliště: …………………………………………………….......

Příspěvek na péči v Kč: ……….. Zdravotní pojišťovna: .....................

Pobyt v SOC Zárubova: první opakovaný

**Má očekávání:**

V čem nebo s čím mi má služba pomoci?

Cílem mého pobytu je:

**Mé požadavky:**

Doba pobytu: od do

Dieta: normální šetřící diabetická

Ubytování v : 1 2 5 lůžkovém pokoji

*Pomoc potřebuji při:*  chůzi ano ne

 oblékání ano ne

 hygieně ano ne

 vstávání z lůžka, židle ano ne

 podávání jídla, pití ano ne

 přesunu na vozík ano ne

 při použití WC ano ne

 prostorové orientaci ano ne

 účast na rehabilitaci ano ne

 účast na pracovní terapii ano ne

Rozsah péče v hod./den:

***Informace o mně:***

**V čase a prostoru se orientuji**: plně částečně neorientuji se

***Pohybuji se:***  sám/a s pomocí osob, pomůcek (hůl, chodítko) nechodím

**S okolím komunikuji**: dobře hůře nekomunikuji

**zrak:** přiměřený věku vidím špatně nevidímvůbec

**sluch**: přiměřený věku slyším špatně neslyším vůbec

**Vyprazdňování:**

**moči:** sám/a kontrolovaně částečná inkontinence inkontinence

**stolice**: sám/a kontrolovaně částečná inkontinence inkontinence

***mé současné záliby jsou:***

***největší problémy mi činí:***

**Jako kontaktní osobu pro spolupráci se SOC, *po dohodě s ní,* uvádím paní/pana**

jméno ……………………………,

bydliště: ………………………………….,

telefon: ………………………………………….

Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl v žádosti, jsou pravdivě a odpovídají situaci.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje Sociální služby MČ Praha 12 evidovaly a zpracovávaly pro účely poskytnutí služby.

 Beru na vědomí následující podmínky stanovené pro přechodný pobyt v SOC Zárubova:

1. Na celou dobu pobytu musím být vybaven/a/ léky a ostatními zdravotnickými pomůckami

(obvazový materiál, masti, pasty, pleny, jednorázové pomůcky, …..)

1. V SOC Zárubova není zajištěna trvalá lékařská péče, v případě potřeby je kontaktována lékařská služba první pomoci.
2. Uhradím poplatky za poskytování služby dle předloženého ceníku. Doklad o zaplacení předložím nejpozději v den nástupu.
3. Doba pobytu v zařízení je dána dohodou, maximální doba pobytu je 6 let. Po uplynutí dohodnuté doby, zařízení opustím.

V Praze dne Podpis klienta:

**Dohodnuté podmínky:**

(vyplňuje pracovník zařízení)

**Doba pobytu**: od do

**Pokoj** 1 2 5 lůžkový

**Dieta**: D3 D2 D9

**Rozsah péče**:

V Praze dne ..........................

Podpis klienta: Podpis vedoucí sestry:

**Žádost** přijata odmítnuta

**Odmítnuta** z důvodu:

- ***naplněné kapacity***

Kontakt pro další jednání:

Kontaktován dne:

- ***zařízení neposkytuje požadovanou službu*** (jiný druh služby, jiná cílová skupina)

- ***zdravotní důvody*** (stav žadatele vyžaduje hospitalizaci, akutní infekční onemocnění, duševní porucha, jejíž projevy narušují kolektivní soužití osob)