

Žádost o poskytnutí sociální služby osobní asistence

Datum přijetí žádosti razítko a podpis pracovníka, který žádost převzal

Zájemce

Jméno a příjmení zájemce o službu:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Kontakt (telefon, email):

Svéprávnost (zaškrtněte) ☐ bez omezení svéprávnosti

☐ s omezením svéprávnosti v následujícím rozsahu:

Průkaz mimořádných výhod (zaškrtněte): nemám TP ZTP ZTP/P

Opatrovník/ zákonný zástupce *(nehodící se škrtněte)*

Jméno a příjmení:

Příbuzenský poměr k zájemci:

Adresa trvalého bydliště:

Kontakt (telefon, email):

Další kontaktní osoby

Jméno a příjmení:

Příbuzenský poměr k zájemci:

Adresa trvalého bydliště:

Kontakt (telefon, email):

Zdravotní stav zájemce

Praktický lékař (jméno, kontakt):

Alergie(ano x ne, jaká):

Jiné obtíže, na co si máme dávat pozor (např. epilepsie, vyrážky, diety, dávení, úleky s pádem, rozrušení s pádem apod.):

Sebeobsluha (nehodící se škrtněte)

Pomoc při oblékání (je schopen sám): se obléci, svléci ano x ne
se obout, zout ano x ne

Pomoc při stravování (je schopen sám): vybalit potraviny, otevírat nápoje ano x ne
podat si a porcovat si stravu ano x ne
konzumovat stravu ano x ne
konzumovat nápoje ano x ne

Pomoc při osobní hygieně (je schopen sám): mít si ruce, obličej, utřít se ano x ne
se vykoupat či sprchovat ano x ne
péče o ústa vlasy, nehty ano x ne
výkonu fyz. potřeby vč. hygieny ano x ne

Pohybové schopnosti: schopen chůze bez cizí pomoci ano x ne
schopen chůze s pomocí: hole berle chodítka
pohybuje se na invalidním vozíku ano x ne

Je schopen orientace v přirozeném prostředí: ano x ne

Komunikace: neomezená částečně omezená omezená

Ostatní

Jaké jsou Vaše zájmy a záliby:

.....

Co od poskytované služby očekáváte:

.....

Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?.....

.....

Navštěvoval zájemce jiná zařízení (pokud ano jaká a kde):

.....

Vdne.....

Podpis zájemce:

Podpis opatrovníka:

Vyjádření praktického lékaře

O zdravotním stavu zájemce o poskytnutí sociální služby osobní asistence (toto vyjádření je součástí žádosti o poskytování sociální služby)

1. Zájemce

Jméno příjmení:

Datum a místo narození:

Bydliště:

2. Oblasti možných rizik

(např. alergie, agresivita, vlivy léků na chování či kolektivní soužití)

Žadatel JE x NENÍ způsobilý k poskytování služby osobní asistence

V.....dne

.....
razítko a podpis praktického lékaře