

Žádost o poskytnutí sociální služby
Centra denních služeb Motýl

Adámkova třída 654, 539 01 Hlinsko

Jméno a příjmení:	Bydliště:
Datum narození:	RČ:
Jméno a příjmení rodinného příslušníka . Adresa trvalého bydliště, tel.:	Jméno a příjmení další blízké osoby . Adresa trvalého bydliště, tel.: (např. opatrovník)
Vztah k žadateli o sociální službu: (např. otec, matka, manžel/ka aj.)	Vztah k žadateli o sociální službu:
Další sociální kontakty (vnoučata, přátelé,...) Adresa, telefonní kontakt.	Kontakt na žadatele – telefon:
Soudem ustanovený opatrovník: na základě rozsudku OS..... č.j.....	Příspěvek na péči: ANO I. II. III. IV. (dobrovolně) NE
Jméno praktického lékaře:	Důvod podání Žádosti o poskytnutí soc. služby:
Medikace: ANO NE	Datum: Podpis žadatele: Podpis opatrovníka/blízké příbuzné osoby:

	<p>Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl(a) pravdivě.</p>
--	--

<p>Souhlasím, aby Centrum denních služeb Motýl evidovalo mé výše uvedené osobní a citlivé údaje v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.</p>
--

<p>Podpis:</p>

Přílohy: Vyjádření registrujícího ošetřujícího lékaře

**Posudek praktického lékaře
o zdravotním stavu žadatele, který žádá o umístění do Centra denních služeb Motýl,
Adámkova třída 654, 539 01 Hlinsko**

Příloha k žádosti

<p>Jméno a příjmení žadatele:.....</p> <p>Narozen:.....</p> <p>Bytem:.....</p>																			
<p>Cílová skupina uživatelů Centra denních služeb Motýl: Centrum denních služeb Motýl poskytuje služby osobám s mentálním, kombinovaným a zdravotním postižením (od 11 let do 64 let).</p> <p>Zájemce je vhodný pro pobyt v Centru denních služeb Motýl: ANO NE</p>																			
<p>Diagnóza, objektivní nález:</p> <p>Stupeň mentálního postižení – dle MKN 10:</p> <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 5%;">I.</td><td style="width: 75%;">lehké mentální postižení</td><td style="width: 15%;">- IQ 70 - 50</td><td style="width: 5%;"></td></tr><tr><td>II.</td><td>středně těžké mentální postižení</td><td>- IQ 35 - 49</td><td></td></tr><tr><td>III.</td><td>těžké mentální postižení</td><td>- IQ 20 - 34</td><td></td></tr><tr><td>IV.</td><td>hluboké mentální postižení</td><td>- IQ 00 -19</td><td></td></tr></table>				I.	lehké mentální postižení	- IQ 70 - 50		II.	středně těžké mentální postižení	- IQ 35 - 49		III.	těžké mentální postižení	- IQ 20 - 34		IV.	hluboké mentální postižení	- IQ 00 -19	
I.	lehké mentální postižení	- IQ 70 - 50																	
II.	středně těžké mentální postižení	- IQ 35 - 49																	
III.	těžké mentální postižení	- IQ 20 - 34																	
IV.	hluboké mentální postižení	- IQ 00 -19																	
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 20%;">Mobilní</td><td style="width: 30%;">ANO</td><td style="width: 30%;">NE</td><td style="width: 20%;">ČÁSTEČNĚ</td></tr></table> <p>Zdravotní omezení:</p> <p>Potřeba zvláštní péče (uved'te):</p>				Mobilní	ANO	NE	ČÁSTEČNĚ												
Mobilní	ANO	NE	ČÁSTEČNĚ																
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 40%;">Medikace:</td><td style="width: 30%;">ANO</td><td style="width: 30%;">NE</td><td style="width: 0%;"></td></tr></table> <p>Název léku, dávkování:</p>				Medikace:	ANO	NE													
Medikace:	ANO	NE																	

Dietní opatření:

Místo a datum:

.....
(razítko a podpis registrujícího praktického lékaře)

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů:

V Pardubicích dne

podpis žadatele

podpis opatrovníka, jiné blízké osoby

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl(a) pravdivě.

Souhlasím, aby Centrum denních služeb Motýl evidovalo mé výše uvedené osobní a citlivé údaje v souladu s zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Podpis: