

DOTAZNÍK ZÁJEMCŮ O SLUŽBU SOCIÁLNÍ REHABILITACE V ZAŘÍZENÍ DIAKONIE DUBÁ z.s. (v. 01 vydaná 1.1.2010)

1) OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO DATUM NAROZENÍ:

ADRESA + PSČ:

..... ZÁJEM O POBYT OD (měsíc, rok):

KONTAKTNÍ TELEFON, E-MAIL:

POPSAT DŮVODY ŽÁDOSTI (rodinné, osobní, jiné):

.....

.....

2) ZDRAVOTNÍ ÚDAJE (zatrhněte políčko a upřesněte):

a) ZDRAVOTNÍ HANDICAP:

- CHODÍCÍ BEZ POMŮCEK
- CHODÍCÍ O BERLÍCH
- POSTIŽENÍ HORNÍCH KONČETIN
- VOZÍČKÁŘ
- ZRAKOVÁ VADA (specifikace)
- SLUCHOVÁ VADA (specifikace).....
- MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (stupeň)
- VADA ŘEČI (specifikace).....

b) JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE:

- NERVOVÉ NEMOCI (epilepsie, DMO, apod.)
- INKONTINENCE (moč, stolice)
- DUŠEVNÍ VADA (specifikace)
- SVALOVÉ POSTIŽENÍ (myopatie, jiné)
- JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE (diety, apod.)
- VNITŘNÍ POSTIŽENÍ (ledviny, játra, žaludek, apod.)
- KOŽNÍ NEMOCI (lupénka, ekzém, jiné - specifikace)

Přesná specifikace postižení a zdravotních potíží:

.....

.....

.....

a+b) UPŘESNĚNÍ POTŘEB POMOCI VZHLEDEM K POSTIŽENÍ:

- POMOC PŘI SEBEOBSLUZE (osobní hygiena, toaleta, oblékání)
- SAMOSTATNĚ ZA POUŽITÍ POMŮCEK (osobní hygiena, toaleta, oblékání, jídlo)
- POMOC PŘI POHYBU V BUDOVĚ
- POMOC PŘI POHYBU VENKU
- REHABILITACE (popsat druhy a četnost)
-
-

Další specifikace potřeb pomoci:

.....

.....

.....

.....

4) UPŘESNĚNÍ FORMY POBYTU – žádám o tuto formu pobytu :

- DLOUHODOBÝ POBYT (max. 3 roky)
- KRÁTKODOBÝ POBYT – uveďte žádanou délku

4) ÚDAJE O PŘÍJMECH dle Zákona o sociálních službách platného od 1. 1. 2007

Tyto údaje uveďte pro správný výpočet poplatku za ubytování a poskytovanou péči :

- VÝŠE PŘÍZNANÉHO DŮCHODU v Kč
- STUPEŇ ZÁVISLOSTI – ANO / NE (nehodící se škrtněte)

Prohlášení žadatele: Souhlasím tímto se zpracováním osobních údajů, které jsem v žádosti uvedl a které jsou též součástí přiložené lékařské zprávy. Současně souhlasím s tím, že má lékařská dokumentace (zpráva) bude v případě nejasností a z důvodu objektivity posouzení konzultována s lékařem.

Datum a podpis žadatele:

POZNÁMKA: K žádosti připojte lékařskou zprávu, použít můžete buď náš tiskopis (vyjádření lékaře.pdf nebo vlastní formulář).

Vyplněnou žádost zašlete na následující adresu:

DIAKONIE DUBÁ z.s.
Centrum sociální rehabilitace
Dlouhá 87/103
471 41 Dubá

Další informace na telefonu:

487 870 051 nebo 739 050 523 (M. Exner)

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY v Centru sociální rehabilitace Diakonie Dubá

Žádám tímto o umístění v Centru sociální rehabilitace od Byl/a jsem seznámen/a s chodem zařízení a v dotazníku i při přijímacím pohovoru jsem uvedl/a všechny informace potřebné k rozhodování o schválení pobytu.

Jméno:

Datum

Příjmení

Trvalé bydliště:

.....

.....

podpis žadatele

▲ vyplňuje žadatel

Oznámení:

Výkonný ředitel Diakonie Dubá na základě provedeného sociálního šetření * **schvaluje /neschvaluje** umístění v Centru sociální rehabilitace Dubá ke dni

*Smlouva o poskytnutí služby bude sepsána nejpozději v den nástupu.

Poznámka:

.....

.....

.....

.....

V Dubé dne

Za Diakonii Dubá (jméno, funkce)

(podpis)

▲ vyplňuje poskytovatel služby