**Žádost o poskytování služby osobní asistence**

Jméno a příjmení žadatele:………………………………………………

Datum narození:………………………………..

Bydliště:…………………………………………………………………………...

Telefon:………………………………………...

E-mail:………………………………………….

­­­­­­­­­­­­­­­­

(Zákonný zástupce nebo opatrovník)

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………

Datum narození:………………………………..

Bydliště:…………………………………………………………………………...

Telefon:…………………………………………

E-mail:…………………………………………..

**1) Místo realizace služby osobní asistence (uveďte adresu místa, kde bude osobní asistence poskytována):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stupeň závislosti žadatele**

* I. stupeň (lehká závislost)
* II. stupeň (středně těžká závislost)
* III. stupeň (těžká závislost)
* IV. stupeň (úplná závislost)

**Průkaz osoby se zdravotním postižením**

* NE
* ANO, TP
* ANO, ZTP
* ANO, ZTP/P

**Používání kompenzačních pomůcek**

* NE
* ANO, jaké:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ošetřující lékař:**

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sociální služby, které jsou žadateli poskytovány jinými poskytovateli:**

Název služby Poskytovatel

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Osoby blízké, které se spolupodílejí na péči o žadatele:**

Jméno a příjmení Vztah k žadateli

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Cíl, kterého plánuje žadatel prostřednictvím služby dosáhnout**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum plánovaného zahájení služby:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Časový rozsah využívání služby osobní asistence - dny v týdnu a časové rozmezí (od-do)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Činnosti požadované v rámci osobní asistence (zakřížkujte do políčka)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KONKRÉTNÍ ČINNOSTI | NE | ANO |
| Pomoc a podpora při podávání jídla a pití |  |  |
| Pomoc při oblékání a svlékání |  |  |
| Pomoc při prostorové orientaci a pohybu v prostoru |  |  |
| Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík |  |  |
| Pomoc při úkonech osobní hygieny |  |  |
| Pomoc při použití WC |  |  |
| Pomoc při přípravě jídla a pití |  |  |
| Pomoc s úklidem a údržbou domácnosti včetně osobních věcí |  |  |
| Nákupy a běžné pochůzky |  |  |
| Pomoc a podpora rodině v péči o dítě |  |  |
| Pomoc při obnovení nebo upevnění sociálních kontaktů |  |  |
| Pomoc s nácvikem a s upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností |  |  |
| Doprovod do školy, do zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na veřejné a instituce a služby |  |  |
| Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a zájmů |  |  |
| Pomoc při vyřizování běžných záležitostí |  |  |

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem uvedl/a v žádosti o osobní asistenci jsou pravdivé. Svým podpisem rovněž stvrzuji souhlas s provedením sociálního šetření v místě plánovaného poskytování služby.**

V……………………………..

Datum……………………………….

Podpis žadatele, opatrovníka nebo zákonného zástupce:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI**

**O SLUŽBU OSOBNÍ ASISTENCE**

**Základní diagnóza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jiná onemocnění:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stanovený dietní režim (zaškrtněte)**

* NE
* ANO, druh diety\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Specializovaná oddělení, na kterých je žadatel léčen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Důvody snížené soběstačnosti žadatele: (zaškrtněte)**

|  |  |
| --- | --- |
| * tělesné postižení | * duševní postižení |
| * sluchové postižení | * mentální postižení |
| * zrakové postižení | * kombinované postižení |
| * chronické onemocnění | * vysoký věk |

**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Razítko a podpis lékaře**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_