

Diakonie ČCE – středisko v Brně, pobočka Letovice
Alšova 3, Letovice
Telefon: 731 631 884, e-mail: chbl@diakoniebrno.cz

ŽÁDOST O SLUŽBU CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ LETOVICE

Zájemce:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ: _____

Kontaktní adresa (v případě, že se liší místo pobytu od trvalého bydliště)

Telefon: _____ e-mail: _____

Jaké máte zdravotní postižení? (zaškrtněte odpovídající)

- Lehké mentální postižení
- Středně těžké mentální postižení
- Lehké mentální postižení v kombinaci s dalším postižením – uveďte jakým

- Středně těžké mentální postižení v kombinaci s dalším postižením – uveďte jakým

- Jiné zdravotní postižení – uveďte jaké

Kontaktní osoba / osoby:

1. Jméno a příjmení: _____

Vztah k zájemci: _____

Adresa bydliště: _____

Telefon: _____

2. Jméno a příjmení: _____

Vztah k zájemci: _____

Adresa bydliště: _____

Telefon: _____

Omezená svéprávnost (zaškrtněte odpovídající):

- ANO
- NE

Opatrovnictví bez omezené svéprávnosti (zaškrtněte odpovídající):

- ANO
- NE

Jméno, příjmení, adresa a telefonní číslo opatrovníka:

V současné době bydlím (zaškrtněte odpovídající):

- a) samostatně
- b) s rodinou
- c) jiná možnost _____

Pokoj sdílím s další osobou (zaškrtněte odpovídající):

- ANO
- NE

Činnosti, se kterými potřebuji pomoci (zaškrtněte odpovídající):

- Zajištění stravy
- Příprava jídla a pití
- Péče o prádlo, ošacení a obutí
- Osobní hygiena
- Použití WC
- Ovládání domácích spotřebičů
- Doprovod k lékaři, na úřad apod.
- Komunikace s úřady a institucemi
- Běžný úklid a údržba domácnosti
- Pomoc se zajištěním velkého, sezonního úklidu
- Běžné nákupy a pochůzky
- Pomoc při dodržování léčebného režimu
- Jiné:

Proč žádáte o službu chráněného bydlení? Je něco, co se v chráněném bydlení chcete naučit, nebo se v něčem zdokonalit?

Chcete nám sdělit ještě něco dalšího?

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že zamlčení závažných skutečností nebo uvedení nepravdivých údajů by mohlo mít za následek vyřazení žádosti z pořadníku.

Prohlašuji, že neprodleně oznámím Chráněnému bydlení Letovice všechny změny v informacích uvedených v této žádosti.

Souhlasím, aby Diakonie ČCE – středisko v Brně zpracovávala osobní údaje obsažené v této žádosti. Některé údaje mohou být přenášeny do Krajského informačního systému sociálních služeb KISSoS za účelem evidence žadatelů a klientů sociálních služeb. Zájemce souhlasí se zpracováním svých osobních údajů v systému KISSoS.

V _____ dne _____

vlastnoruční podpis zájemce (opatrovníka)

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ ZÁJEMCE DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ LETOVICE

Vážená paní doktoro, vážený pane doktore,

Váš pacient se na Vás obrací s žádostí o vyplnění formuláře, které se týká posouzení vhodnosti jím poptávané sociální služby Chráněné bydlení Letovice (dále také CHBL).

CHBL je určené pro lidi s lehkým a středně těžkým mentálním postižením (případně v kombinaci s dalším postižením), kteří se chtějí naučit žít samostatným způsobem života a aktivně se podílet na společném chodu domácnosti chráněného bydlení. Zároveň jsou v důsledku svého postižení ve své soběstačnosti a péči o domácnost omezeni tak, že potřebují pravidelnou podporu jiné fyzické osoby. CHBL poskytuje službu lidem ve věku od 18 let (nástup do služby je možný nejpozději v 50 letech).

Další kritéria pro přijetí do CHBL:

- ✓ stabilizovaný zdravotní (psychický i fyzický) stav, tzn., osoba není v akutní fázi nemoci
- ✓ **písemné doporučení ošetřujícího lékaře**
- ✓ osoba je samostatná a soběstačná do té míry, že je schopna postarat se o sebe v době, kdy se pracovnice věnuje ostatním klientům (např. během návštěvy asistentky s některými klienty u lékaře, na nákupu, volnočasové aktivitě apod.)

UPOZORNĚNÍ: V CHBL není poskytována zdravotnická nebo ošetřovatelská péče ani nepřetržitá asistence.

Na základě výše uvedených informací prosím v následujícím formuláři zhodnotte, zda pro Vašeho pacienta doporučujete pobyt v CHBL.

S případnými dotazy se můžete obrátit na Vedoucí služby Chráněného bydlení Letovice.
Tel.: 731 631 884, e-mail: chbl@diakoniebrno.cz, Web: www.brno.diakonie.cz

ZÁJEMCE:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Stupeň mentálního postižení: _____

NÍŽE PROSÍM ZAŠKRTNĚTE ODPOVÍDAJÍCÍ DEFINICI ZÁJEMCE O SLUŽBU CHBL:

Osoba s kombinovaným postižením:

- ANO - kombinace jakých postižení? Prosím napište:

NE

Osoba prakticky a totálně hluchá:

- ANO
- NE

Osoba prakticky a totálně nevidomá:

- ANO
- NE

Osoba s afektivní poruchou nebo osoba která vykazuje závažné známky agresivního chování vůči sobě nebo okolí:

- ANO
- NE

Osoba s nařízenou ústavní ochrannou léčbou (např. protialkoholická, protitoxikomanická, sexuologická):

- ANO
- NE

Osoba vyžadující celodenní péči (např. osoba zcela imobilní upoutaná na lůžko, osoba se závažnou formou autismu):

- ANO
- NE

Osoba vyžadující zdravotnickou či jinou specifickou péči (neposkytujeme zdravotní péči):

- ANO
- NE

Osoba, která nechce či nemůže aktivně spolupracovat na chodu společné domácnosti CHBL (např. úklidy, společné vaření, práce na zahradě):

- ANO
- NE

Osoba, která není schopna pobývat v kolektivu klientů CHBL (např. odmítá pobývat s lidmi se zdravotním postižením, odmítá pobývat v kolektivu):

- ANO
- NE

Osoba, která není schopna se dorozumět českým nebo slovenským jazykem:

- ANO
- NE

NÍŽE PROSÍM NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE:

Zájemce v době vydání tohoto vyjádření TRPÍ / NETRPÍ žádnou infekční nemocí, která by znemožňovala přijetí do chráněného bydlení.

Zdravotní stav zájemce VYŽADUJE / NEVYŽADUJE poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

Chování zájemce z důvodu duševní poruchy závažným způsobem NARUŠUJE / NENARUŠUJE kolektivní soužití.

**V souhrnu výše uvedeného
Užívání sociální služby Chráněného bydlení Letovice:**

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře

**Zájemce / opatrovník svým podpisem souhlasí s poskytnutím výše uvedených údajů
Diakonii ČCE – středisku v Brně, pobočce Chráněné bydlení Letovice.**

V _____ dne _____

podpis