

Diakonie ČCE – středisko v Brně, pobočka Letovice  
Alšova 3, Letovice  
Telefon: 731 631 884, e-mail: [chbl@diakoniebrno.cz](mailto: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, mobil: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

#### **Blízcí příbuzní, popř. jiná kontaktní osoba:**

1. Jméno a příjmení:

\_\_\_\_\_

Poměr k zájemci:

\_\_\_\_\_

Adresa:

\_\_\_\_\_

telefon:

\_\_\_\_\_

2. Jméno a příjmení:

\_\_\_\_\_

Poměr k zájemci:

\_\_\_\_\_

Adresa:

\_\_\_\_\_

telefon:

\_\_\_\_\_

**Svéprávnost zájemce**

ANO

OMEZENÁ

Jméno, příjmení, adresa a telefonní číslo opatrovníka:

---

---

**V současné době bydlíte (zaškrtněte z uvedených možností)**

a) sám

b) s rodinou

c) jiná možnost \_\_\_\_\_

**Pokud bydlíte s rodinou, uveďte prosím, zda máte vlastní pokoj či ho s někým sdílíte**

---

**V jakých činnostech potřebujete naši pomoc?**

---

---

---

**Čeho chcete prostřednictvím chráněného bydlení dosáhnout (proč žádáte o službu chráněného bydlení)?**

---

---

---

**Využíváte v současné době služby jiného sociálního zařízení? Pokud ano, uveďte prosím jeho název a adresu:**

---

---

---

**Další sdělení:**

Pokud by se změnila informace uvedené na této žádosti, je zodpovědností zájemce/jeho opatrovníka, aby neprodleně písemně poslal do Chráněného bydlení Letovice aktuální údaje (např. změna adresy bydliště).

**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 měly za následek vyřazení žádosti z pořadníku.

Souhlasím s tím, aby Diakonie ČCE – středisko v Brně zpracovávala moje osobní a citlivá data a údaje obsažené v této žádosti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
vlastnoruční podpis zájemce (opatrovníka)

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Váš pacient se na Vás obrací s žádostí o vyplnění formuláře, v kterém jde o posouzení, jestli je pro něj vhodná sociální služba Chráněné bydlení Letovice (dále také CHBL).

### **Chráněné bydlení Letovice**

1. Posláním CHBL je umožnit lidem s lehkým až středně těžkým mentálním postižením (případně v kombinaci s dalším postižením) takové podmínky, aby mohli žít důstojně běžným způsobem života formou skupinového bydlení, a to s poskytnutím individuální asistence.
2. Cílová skupina:

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 omezeni tak, že nejsou schopni samostatného bydlení ve své vlastní domácnosti, a proto potřebují podporu ve formě asistence. CHBL poskytuje službu lidem ve věku od 19 do 64 let (nástup do služby je možný nejpozději v 55 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 po nezbytnou dobu (např. během návštěvy asistentky s některými klienty u lékaře, na nákupu, volnočasové aktivitě apod.)

Koho do CHBL nemůžeme přijmout:

- a. osoby prakticky a totálně hluché,
- b. osoby prakticky a totálně nevidomé,
- c. osoby s autismem,
- d. osoby se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou,
- e. osoby s nařízenou ústavní ochrannou léčbou (např. protialkoholní, protitoxikomanická, sexuologická),
- f. osoby, které nechtějí aktivně spolupracovat na chodu společné domácnosti CHBL (např. úklidy, společné vaření, práce na zahradě),
- g. osoby vyžadující celodenní péči (např. lidé zcela upoutaní na lůžko), se zdravotní či jinou specifickou péčí (neposkytujeme zdravotní péči),
- h. osobám, které vykazují závažné známky agresivního chování vůči sobě nebo okolí,
- i. osoby, které nejsou schopny pobývat v kolektivu klientů CHBL (např. odmítají pobývat s lidmi se zdravotním postižením, nechtějí pobývat v kolektivu),
- j. osoby, které nejsou schopny se dorozumět českým nebo slovenským jazykem.

**UPOZORNĚNÍ: V CHBL není zajištěna zdravotní péče ani nepřetržitá asistence pracovníků (klient musí být schopen zůstat sám po dobu nezbytně nutnou, např. při asistenci jinému klientovi u lékaře).**

Prosím, na základě výše uvedených informací zhodnoťte v následujícím formuláři, zda u pacienta doporučujete pobyt v CHBL.

S případnými dotazy se můžete obrátit na moji osobu. Děkuji za spolupráci.

Vedoucí služby Chráněného bydlení Letovice

Telefon: 731 631 884

**E-mail: [chbl@diakoniebrno.cz](mailto:chbl@diakoniebrno.cz)**

**Web: [www.brno.diakonie.cz](http://www.brno.diakonie.cz)**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ ZÁJEMCE  
DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ LETOVICE**

Jméno a příjmení zájemce: \_\_\_\_\_

Datum narození zájemce: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště zájemce: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení, datum narození a bydliště zástupce zájemce:

\_\_\_\_\_

**NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE O ZÁJEMCI VYPLNÍ LÉKAŘ:**

Uveďte stupeň mentálního postižení: \_\_\_\_\_

Do CHBL není možné přijmout osoby, s níže uvedenými onemocněními nebo projevy:

- a. osoby prakticky a totálně hluché,
- b. osoby prakticky a totálně nevidomé,
- c. osoby s autismem,
- d. osoby se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou,
- e. osoby s nařízenou ústavní ochrannou léčbou (např. protialkoholická, protitoxikomanická, sexuologická),
- f. osoby vyžadující celodenní péči (např. lidé zcela upoutaní na lůžko), se zdravotní či jinou specifickou péčí (neposkytujeme zdravotní péči),
- g. osobám, které vykazují závažné známky agresivního chování vůči sobě nebo okolí.

**Potvrzuji, že výše uvedený zájemce o službu má/nemá uvedená onemocnění uvedená pod písmeny a-g (zakroužkujte vyhovující).**

Další vyjádření ke zdravotnímu stavu zájemce (**prosím, neuvádějte diagnózy** – tento formulář nebude uložen u zdravotnického personálu, ale u sociálního pracovníka, který hodnotí projevy žadatele):

**Doporučuji – nedoporučuji u zájemce užívání sociální služby Chráněného bydlení Letovice.**

**Potvrzuji, že zájemce netrpí v době vydání tohoto vyjádření žádnou infekční nemocí, která by znemožňovala přijetí do chráněného bydlení.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

Zájemce/zástupce zájemce souhlasí s poskytnutím uvedených údajů Diakonii ČCE – středisku v Brně.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zájemce/ zástupce zájemce