 **číslo smlouvy:**

Ústav sociálních služeb v Praze 4, příspěvková organizace **pobyt:**

Podolská 208/31, 147 00 Praha 4 **pokoj:**

telefon: 296 320 111 **dieta:**

e-mail: [info@uss4.cz](mailto:info@uss4.cz)

**Žádost o přijetí do DS a poskytnutí odlehčovacích služeb v zařízení Dům seniorů Jílovská**

**(podle ust. § 44 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)**

**Osobní údaje žadatele/ky**

Jméno, příjmení a titul: ……………………………………………………………Rodné příjmení:……..……………………………

Datum narození ………………………………………….Místo a okres narození:………….…….……………………………….…

Zdravotní pojišťovna ………………………………....platnost do:…………………..….Rodinný stav:………………………....

Adresa trvalého pobytu vč. PSČ: …………………………………………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon/e-mail: …………………………………………………………..............................................................................

Číslo OP, platnost……………………………………………………………… Státní přísl.:………………………………………………

Průkaz mimořádných výhod: NE ANO číslo, platnost:…..……….……..…………………………………………………….

Kontaktní osoba/y (pořadí v jakém mají být informovány), vztah k žadateli, adresa, telefon, e-mail

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

......................................................................................................................................................

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

......................................................................................................................................................

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…...................................................................................................................................................

Registrující praktický lékař, IČP, adresa, telefon:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Byl žadateli ustanoven opatrovník? ANO – NE

Pokud ano, je nutné předložit kopii pravomocného rozhodnutí soudu a uvést telefonní kontakt: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zájemce žádá o poskytnutí odlehčovací služby od…………………………………….do…………………………………..**

Důvod podání žádosti (co žadatel/ka od sociální služby očekává) – cíl/e:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Předpokládané úkony základních a fakultativních činností:**

ZÁKLADNÍ ČINNOSTI:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pojmenování úkonu** | | | **Úhrada v Kč** | **požadovaný úkon** |
|
| 1. | **Pomoc a podpora při podávání jídla a pití** | | | 100,-/hod |  |
| 2. | **Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek** | | | 100,-/hod |  |
| 3. | **Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík** | | | 100,-/hod |  |
| 4. | **Pomoc při prostorové orientaci**, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru | | | 100,-/hod |  |
| 5. | **Pomoc při úkonech osobní hygieny** | | | 100,-/hod |  |
| 6. | **Pomoc při základní péči o vlasy a nehty** | | | 100,-/hod |  |
| 7. | **Pomoc při použití WC** | | | 100,-/hod |  |
| 8. | **Zajištění stravy \*** přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování: | | | 145,-Kč/den  151,- Kč/den |  |
| Racionální strava: 3 hlavní jídla a odpol. svačina | | |
| Diabetická strava: 3 hlavní jídla, odpol. svačina + druhá večeře | | |
| 9. | **Ubytování** + úklid, praní ložního a osobního prádla, žehlení:  · jednolůžkovém s vlastním soc. zařízením  · jednolůžkovém bez vlastního soc. zařízení  · dvoulůžkovém  · vícelůžkovém | | | 180,-/den  170,-/den 160,-/den 130,-/den |  |
| 10. | **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím***:* doprovod k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět | | | 100,-/hod |  |
|  | | |
| 11. | **Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu** s rodinou a pomoc a podpora při sociálním začleňování osob | | | 100,-/hod |  |
| 12. | **Socioterapeutické činnosti** k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností | | | 100,-/hod |  |
| 13. | **Pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů** | | | 100,-/hod |  |
|
| 14. | **Pomoc při vyřizování běžných záležitostí** | | | 100,-/hod |  |
| 15. | ***Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*** Nácvik a upevňování motorických schopností a dovedností | | | 100,-/hod |  |
|  | | |
| Pozn.: \* Cena stravy je závislá na ceně stanovené dodavateli ÚSS4 a je ve výši maximálně 170,- Kč za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, oběd maximálně do 75,- Kč včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy. | | | | | |
| FAKULTATIVNÍ ČINNOSTI: | |  | | |  |
|  | **Pojmenování úkonu** | | **Úhrada v Kč** | | **požadovaný úkon** |
| 1. a) | Doprava uživatele osobním vozidlem Berlingo – úprava pro vozíčkáře (k lékaři, na úřady aj.) | | 22,- Kč/1 km + 10,-Kč/ 15 minut čekací doba | |  |
|
| 1. b) | Doprava uživatele služby osobním vozidlem k lékaři, na úřady aj. (včetně osobního vozidla Berlingo) | | 19,- Kč /1 km + 10,-Kč/ | |  |
| 15 minut čekací doba | |
| 2. | Nákupy a pochůzky | | 140,- Kč/hod | |  |
|
| 3. | Vedení evidence finančních prostředků uživatele | | 180,- Kč/hod | |  |
| 4. | Úschova finančních prostředků, cenností apod. | | 50,- Kč/měsíc | |  |
| 5. | Označení prádla a ošacení uživatele | | 140,- Kč/hod | |  |
| 6. | Kopírování dokumentů | | 2,- Kč/1 stránka | |  |

Zájemce bude v případě uzavření smlouvy provádět úhradu odlehčovacích služeb bezhotovostně na účet ÚSS 4 číslo: 81359399/0800 a žádá o vrácení případných přeplatků na účet číslo:………………………………………/…………….

Zájemce bude v případě uzavření smlouvy provádět úhradu odlehčovacích služeb a žádá o vracení přeplatků v hotovosti v pokladně ÚSS 4, Podolská 208/31, 147 00 Praha 4.

*(nehodící se škrtněte)*

Prohlášení žadatele:

Tímto prohlašuji, že veškeré údaje, uvedené v této žádosti, jsem uvedla/uvedl pravdivě. Jsem si vědoma/vědom, že nepravdivé údaje mohou mít za následek vyřazení žádosti z evidence žadatelů o přijetí do DS OZ, případně i ukončení smlouvy mezi mnou a DS OZ.

Přílohy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Příloha, která je nedílnou součástí této žádosti, a bez které nelze žádost podat je vyjádření ošetřujícího lékaře (viz formulář Posudek registrujícího praktického lékaře k přijetí žadatele do DS OZ Jílovská 432/11, Praha 4) o zdravotním stavu žadatele, příp. další lékařské zprávy, pokud je žadatel v péči u odborných lékařů – specialistů (např. neurolog, ortoped, diabetolog, kardiolog, psychiatr, apod.)

V Praze dne ……………………………… ……….…………………………………….….. podpis žadatele/ky