 **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

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

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

**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 o omezení svéprávnosti žadatele/žadatelky a uvést adresu a telefonní kontakt opatrovníka: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zájemce žádá o poskytnutí pobytové 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**  | 155,-/hod |   |
| 2. | **Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek** | 155,-/hod |   |
| 3. | **Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík**  | 155,-/hod |   |
| 4. | **Pomoc při prostorové orientaci**, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru  | 155,-/hod |   |
| 5.  | **Pomoc při úkonech osobní hygieny**  | 155,-/hod  |   |
| 6. | **Pomoc při základní péči o vlasy a nehty** | 155,-/hod |  |
| 7. | **Pomoc při použití WC**  | 155,-/hod |   |
| 8.  | **Zajištění stravy \*** přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.(za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel) | 235,-Kč/den  |  |
|  |
|  |
| 9. | **Poskytnutí ubytování:**  * jednolůžkovém a dvoulůžkovém pokoji
* 3-lůžkovém pokoji

  včetně úklidu, praní a drobných oprav ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování  | 280,-/den 200,-/den  |   |
| 10. | **Doprovázení** do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět |  155,-/hod |   |
|  |
| 11. | **Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu** s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob |  155,-/hod |   |
| 12. | **Socioterapeutické činnosti**, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob |  155,-/hod  |   |
| 13. | **Pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů**  |  155,-/hod  |   |
|
| 14.  | **Pomoc při vyřizování běžných záležitostí**  | 155,-/hod |   |
| 15. | **Nácvik a upevňování** motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností | 155,-/hod |   |
|  |
| Pozn.: \* Cena stravy je závislá na ceně stanovené dodavateli ÚSS4 a je ve výši maximálně 235,- Kč za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel. |
| FAKULTATIVNÍ ČINNOSTI: |  |  |
|  | **Pojmenování úkonu** | **Úhrada v Kč** | **požadovaný úkon** |
| 1. | Nákupy a pochůzky | 220,- Kč/hod |  |
|
| 2. | Označení prádla a ošacení  | 220,- Kč/hod |  |
| 3. | Vedení evidence finančních prostředků uživatele | 320,- Kč/hod. |  |
| 4. | Pomoc při vyřizování úředních dokumentů | 320,- Kč/hod |  |
| 5. | Individuální rozvoj v oblasti hrubé a jemné motoriky | 285,-Kč/hod. |  |
| 6. | Úschova finančních prostředků, cenností apod. | 50,-Kč/měsíc |  |
| 7. | Kopírování dokumentů – 1x A4 | 3,-Kč/1 list |  |

Uživateli sociálních služeb mohou být vedle základních úkonů hlavní činnosti poskytovány **fakultativně další** **činnosti v rámci vedlejší hospodářské činnosti – doprava**, dle aktuálně platných sazeb uvedených v Sazebníku úhrad fakultativních činností.

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:………………………………………/kód banky: ………….

Zájemce bude v případě uzavření smlouvy provádět úhradu pobytových odlehčovacích služeb v hotovosti
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 uvedl/uvedla pravdivě. Jsem si vědom/vědoma, 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

 (nebo opatrovníka)