# ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ - BYDLENÍ K-PAX

 *Žádost vyplňuje zájemce o službu. Slouží k získání základních informací o zájemci a je podkladem pro vstupní pohovor. Žadatele uvádí pouze pravdivé údaje.*

Datum přijetí žádosti:

***Základní údaje****:*

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno žadatele: |  |
| Datum a místo narození: |  |
| Trvalé bydliště:Současný pobyt: |  |
| Telefon:Email: |  |
| Rodinný stav: |  |
| Svéprávnost: |  |
| Pokud jste omezen/na ve svéprávnosti, uveďte prosím v jakém rozsahu: |  |
| Jméno a kontakt na Opatrovníka, Zástupce či Podpůrce: |  |
| Kontakt na příbuzného, blízkou osobu (v případě potřeby): |  |

***Důvod k podání žádosti****:*

*Zde uveďte, proč žádáte o naši sociální službu CHB/TB a co od ní očekáváte.*

|  |
| --- |
|  |

**Údaje o Vaší finanční situaci:**

|  |  |
| --- | --- |
| Invalidní důchod / stupeň :Ve výši: |  |
| Příspěvek na péči:Jiné příspěvky: |  |
| Příjem ze zaměstnání: |  |
| Jiné příjmy: |  |
| Dluhy, exekuce: |  |

**PSYCHIATRICKÉ VYJÁDŘENÍ K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY**

**CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ FOKUS ČESKÉ BUDĚJOVICE**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

**Pan/í:**

**Datum narození:**

má zájem o využívání naší služby Chráněné bydlení poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto psychiatrické vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/tky s jeho/jejím vědomí a písemným souhlasem tj. podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Prosíme Vás tedy o laskavé vyplnění

*Souhlasím s poskytnutím informací*

Podpis klienta/ky:

Ošetřující psychiatr:

***Údaje o psychiatrické léčbě***

|  |  |
| --- | --- |
| Psychiatrická diagnóza: |  |
| Celková délka psychiatrické léčby: |  |
| Poslední hospitalizace: |  |
| Duševní onemocnění/porucha chování způsobená užíváním psychoaktivních látek -pokud ano jaká: |  |
| Ochranné léčení: |  |
| Klinický stav za posledních 6 měsíců*(spolupráce klienta v léčbě, zacházení s medikací…):* |  |
| Rizikové tendence objevující se v dosavadním průběhu nemoci*(pokusy o sebepoškození, samovolné vysazování léků, agrese, sexuální obtěžování, zneužívání návykových látek):* |  |
| Spouštěče relapsu/významné stresory*(Co způsobuje zhoršení zdravotního stavu? Jak se může zhoršení projevit? Co klientovi pomáhá?):* |  |
| Další sdělení, doporučení či postřehy: |  |

**Z hlediska psychiatrické léčby NE/DOPORUČUJI klientovi využívat službu Chráněného bydlení**

*Odůvodnění:*

Datum:

**Podpis a razítko lékaře:**

**LÉKAŘSKÉ VYJÁDŘENÍ K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ FOKUS ČESKÉ BUDĚJOVICE**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

**Pan/í:**

**Datum narození:**

má zájem o využívání naší služby Chráněné bydlení poskytované lidem s duševním onemocněním. Pro úspěšné přijetí žádosti, je potřeba i Vaše odborné vyjádření. Toto vyjádření bude vždy poskytováno do rehabilitačních služeb v souladu s potřebami klienta/tky s jeho/jejím vědomí a písemným souhlasem tj. podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Prosíme Vás tedy o laskavé vyplnění

*Souhlasím s poskytnutím informací*

Podpis klienta/tky:

Vyjádření ošetřujícího lékaře (praktického)k osobě zájemce. Uveďte prosím, zda má zájemce o službu nějaká zdravotní omezení, která bychom měli vědět a dbát na jejich dodržování v souvislosti s pobytem a užíváním společných prostor a zařizovacích předmětů v domácnosti s jinými uživateli (např: epilepsie, žloutenka diabetes,diety,...)

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno praktického ošetřujícího lékaře: |  |
| Kontakt: |  |
| Vyjádření:Infekční onemocnění: |  |
| Datum: | Podpis a razítko lékaře: |

 Prohlášení žadatele, opatrovníka, že veškeré údaje uvedl správně a svým podpisem dává souhlas se shromažďováním osobních údajů podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů pro potřeby z.ú. FOKUS České Budějovice:

V ………………………………………… dne …………………….. ……………………………………………………..

 Podpis žadatele

 (zákonného zástupce)

Žádost posouzena (kdy a kým s jakým výsledkem):

Odůvodnění posouzení:

Poznámky: