

**Žádost o poskytnutí sociální služby**

**Denní stacionář**

**ve Farní charitě Rychnov nad Kněžnou**

**Jméno a příjmení zájemce o službu:**

………………………………………………………………………………………………

**Datum narození:** …………………………………………………………………….........

**Trvalé bydliště:** ……………………………………………………………………………

**Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka, pokud je určen:**

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

**Kontakt:**……………………………………………………………………………………………

**Důvod podání žádosti:**

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

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

**Datum:**…………………………………………………………………………………………….

**Podpis zájemce o službu:** ………………………………………………………………………..

**Podpis zák. zástupce/ opatrovníka:** ……………………………………………………………

**Vyplní sociální pracovník Farní charity Rychnov nad Kněžnou:**

Žádost převzal/a: (jméno, příjmení) …………………………………………………………......

Dne: ………………………………………Podpis:……………………………………………...



**Dotazník - záznam ze sociálního šetření**

**Nepříznivá sociální situace, důvod zájmu o službu:**

|  |
| --- |
| **Požadavky (nároky, potřeby):****Očekávání (představa o službě):****Osobní cíle:**  |

**Zájmy, záliby, návyky, oblíbené činnosti:**

**Rizikové situace:**

**Strava:** oblíbená jídla:

 neoblíbená jídla:

 potravinová alergie/dieta:

 požadavek úpravy stravy (např. krájet, mlet maso):

**Požadavek na zajištění dopravy do stacionáře: ano / ne**

**Požadavek na zajištění dopravy ze stacionáře: ano / ne**

|  |  |
| --- | --- |
| Chůze po rovině:  | sám/a s pomocí nezvládne  |
| Chůze po schodech: | sám/a s pomocí nezvládne |
| Zrak:  | vidí /s brýlemi špatně nevidí |
| Sluch: | slyší špatně neslyší  |
| Chrup: |  vlastní náhrada nemá |
| Umývání obličeje, rukou | sám/a s dopomocí nezvládne |
| Oblékání,svlékání | sám/a s dopomocí nezvládne  |
| Obouvání, zouvání | sám/a s dopomocí nezvládne  |
|  Jídlo:  | nají se samostatně s dopomocí nezvládne   |
|  Pití: |  sám/a s dopomocí nezvládne  |
| Komunikace: | mluví zřetelně s obtížemi nekomunikuje  |
| Orientace osobou |  ano s obtížemi zcela ne |
| Orientace místem |  ano s obtížemi zcela ne |
| Orientace časem  |  ano s obtížemi zcela ne |
| Kontinence moči: | kontinentní občas inkontinentní (únik moči)   |
| Kontinence stolice: |  kontinentní občas inkontinentní   |

**Místo sociálního šetření:** …………………………………………………………………………..

**Přítomné osoby:**……………………………………………………………………………………

**Datum**:………………………………………………………..…………………………………….

**Podpis sociálního pracovníka:** ……………………………………………………………………

**Podpis zájemce o službu:** …………………………………………………………………………



