**Žádost o poskytnutí sociální služby**

**Denní stacionář**

**V Oblastní charitě Rychnov nad Kněžnou**

**Jméno a příjmení zájemce o službu:**

………………………………………………………………………………………………

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

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

**Jméno a příjmení zákonného zástupce (v případě nezletilého zájemce o službu), opatrovníka pokud je určen:**

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

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

**Důvod podání žádosti:**

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

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

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

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

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

**Vyplní sociální pracovník Oblastní 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:** …………………………………………………………………………

