

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ CHARITA sv. ALEXANDRA**

Vážená paní,
vážený pane,

Charita sv. Alexandra, sociální služba Chráněné bydlení je určena lidem od 19 do 64 let (příčemž v době přijetí do služby může mít žadatel, resp. klient věk nejvýše 55 let) s trvalým pobytem na území Moravskoslezského kraje, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Dovolujeme si Vás požádat o vyplnění žádosti, abychom mohli posoudit Vaši situaci.

1) ZÁJEMCE

jméno a příjmení	
datum narození	
adresa trvalého pobytu	
adresa současného pobytu (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)	
telefon	
e-mail	

2) ZÁSTUPCE ZÁJEMCE

Označte vztah k osobě	• opatrovník • podpůrce při rozhodování (zastupování schváleno soudem) • zástupce (člen domácnosti – schváleno soudem) • kontaktní osoba, která zájemci pomáhá
jméno a příjmení	
adresa trvalého pobytu, popř. název a adresa úřadu	
adresa současného pobytu (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu, popř. sídlo úřadu)	
telefon	
e-mail	
datová schránka	

3) DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

4) POTŘEBY

- ☐ podpora při přípravě jídla
- ☐ podpora při péči o domácnost
- ☐ podpora při osobní hygieně
- ☐ podpora při hospodaření s penězi
- ☐ podpora nebo pomoc při využití volného času (např. vzdělávací a zájmové činnosti)
- ☐ podpora při kontaktu s veřejností, podpora při využívání běžně dostupných služeb
- ☐ nácvik pracovních a sociálních dovedností
- ☐ podpora při hledání zaměstnání
- ☐ podpora zvýšení soběstačnosti
- ☐ pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při obstarávání osobních záležitostí
- ☐ jiné:.....
.....

5) POŽADAVKY, OČEKÁVÁNÍ

6) OSOBNÍ CÍLE

7) ZÁJEMCE/ZÁSTUPCE ZÁJEMCE PROHLAŠUJE, ŽE:

- a) JE / NENÍ* dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) osobou s duševním onemocněním z okruhu schizofrenních poruch (F20 - F29), afektivních poruch (MKN- F30 - F34, F38,39) a části diagnostických skupin poruch osobnosti (MKN – F60.0, F60.1, F60.3 – 60.8, F61, F62)
- b) POTŘEBUJE / NEPOTŘEBUJE* bezbariérový přístup.
- c) JE / NENÍ* osobou vyžadující poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
- d) JE/ NENÍ* nositelem infekčního onemocnění, při kterém může být zdrojem přenosu.
- e) JE / NENÍ * osobou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití, např. z důvodu závislosti na návykových látkách, nebo nestabilizovaného duševního onemocnění.

*** viditelně označte Vámi zvolenou odpověď**

Zájemce PROHLAŠUJE, že veškeré údaje v této Žádosti uvedl/a pravdivě.

.....
datum

.....
PODPIS ZÁJEMCE

.....
datum

.....
PODPIS ZÁSTUPCE zájemce
(OPATROVNÍK, VEŘEJNÝ OPATROVNÍK)

.....
RAZÍTKO VEŘEJNÝ OPATROVNÍK

8) PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI

K žádosti je třeba přiložit

- vyjádření odborného lékaře – psychiatra,
- u osob omezených ve svéprávnosti kopii Listiny o jmenování opatrovníka, kopii pověření veřejného opatrovníka, případně u zástupců plnou moc či schválení soudu.

9) POSTUP PŘI ZPRACOVÁNÍ ŽÁDOSTI

- a) evidence doručené žádosti,
- b) primární posouzení žádosti – příslušnosti zájemce do cílové skupiny služby,
- c) návštěva Chráněného bydlení Charity sv. Alexandra žadatelem (bude kontaktován pracovníky Charity sv. Alexandra), a to za účelem sociálního šetření, resp. posouzení nepříznivé sociální situace,
- d) sociální šetření v místě pobytu žadatele a posouzení jeho nepříznivé sociální situace (bude kontaktován pracovníky Charity sv. Alexandra), a to v případě, že on sám se z objektivních důvodů nemůže dostavit do Chráněného bydlení (např. z důvodu hospitalizace),
- e) vyhodnocení nepříznivé sociální situace.

O výsledku bude žadateli vydáno písemné stanovisko.