**Žádost o poskytnutí sociální služby**

Chráněné bydlení sv. Gabriela, Diecézní charita Brno - Služby Brno,

Gorkého 34, 602 00 Brno

**Vážený žadateli,**

tato žádost nám poskytne základní informace o Vás a o motivaci, která Vás vede k podání žádosti o využití této sociální služby. Údaje zde uvedené považujeme za důvěrné a jejím poskytnutím dáváte souhlas k jejich zpracování pro účely posouzení Vaší žádosti o tuto sociální službu.

Děkujeme za úplné a pravdivé vyplnění.

1. **Osobní údaje:**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………………….

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

Trvalé bydliště:……………………………………………………………..……………………………………………

Současné bydliště (pokud se liší od trvalého pobytu)…………………………………..................

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

Telefon: ……………………..….. Email: …………………………………………………………………………….

1. **Žadatel:**
   * Není omezen ve svéprávnosti
   * Při rozhodování mu napomáhá podpůrce a nápomoc je schválena soudem
   * Je zastoupen členem domácnosti a zastoupení je schváleno soudem
   * Je omezen ve svéprávnosti a má ustanoveného opatrovníka
   * Jiné:…………………………………………………………………………………….
2. **Opatrovník (je-li ustanoven):**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………….

Adresa: ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

Telefon: …………………..…….. Email: ……….………………………………..……

1. **Osoba blízká, která Vám pomáhá s vyřizováním žádosti:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………………..

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………..

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

Telefon: …………………..…….. Email: ……….………………………………..………………………………

1. **Důvod podání žádosti o poskytnutí sociální služby:**
   * Nepříznivé podmínky v rodině: …………………………………………………………………….
   * Žadatel nemůže bydlet sám a nemá ve svém okolí osobu, která by mu pomáhala
   * Žadatelova potřeba dalšího rozvoje v samostatnosti
   * Jiné …..................................................................................................................
2. **Dosavadní pobyt:**
   * Samostatné bydlení
   * V rodině
   * Domov pro osoby se zdravotním postižením
   * Jiné zařízení sociálních služeb…………………………………………………………………
   * Jiné …..............................................................................................................
3. **Potřeba bezbariérového přístupu:**

* Ano
* Ne

1. **Úkony péče, o které má žadatel zájem.**

* Pomoc s přípravou jídla
* Pomoc s péčí o domácnost
* pomoc při osobní hygieně
* podpora při využití volného času, např. vzdělávání a zájmová činnost
* kontakt s veřejností, podpora při využívání běžně dostupných služeb
* nácvik pracovních a sociálních dovedností
* pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
* pomoc při obstarávání osobních záležitostí

1. **Co bude pro vás hlavním přínosem při přijetí do služby chráněného bydlení:**

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

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

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

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

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

V případě odmítnutí mé žádosti z kapacitních důvodů, žádám o zařazení do evidence žadatelů o službu a pro tento účel souhlasím s uchováváním osobních údajů uvedených v této žádosti po dobu 5 ti let nebo do doby odvolání.

Ano

Ne

(Po vypršení souhlasu s uchováváním a zpracováváním údajů obsažených v této žádosti bude žádost skartována.)

Datum podání žádosti ……………………………………………………………………………………………

Podpis žadatele: …………………………………………………………………………………………………….

K žádosti je třeba přiložit:

* + Vyjádření lékaře
  + U osob omezených ve svéprávnosti Listinu o jmenování opatrovníka, Pověření veřejného opatrovníka; případně u zástupců plnou moc či schválení soudu

Chráněné bydlení sv. Gabriela, Diecézní charita Brno - Služby Brno,

Gorkého 34, 602 00 Brno

**Vyjádření lékaře k pobytu žadatele v Chráněném bydlení sv. Gabriela**

(vyplní ošetřující psychiatr nebo praktický lékař žadatele)

*Chráněné bydlení je pobytová služba pro lidi s mentálním postižením, kteří spolu žijí v malých domácnostech s podporou osobních asistentů. [[1]](#footnote-1)*

**Jméno a příjmení žadatele:**

**Datum narození:**

**Trvalé bydliště:**

Mentální postižení: ANO NE

Stupeň mentálního postižení: ………………………………………………………………….

Závažné projevy agrese: ANO NE

Schopnost soužití v kolektivu: ANO NE

Přítomnost infekčního onemocnění, které by ohrožovalo zdraví jiných osob: ANO NE

Závislost na alkoholu, drogách nebo jiné závislosti:

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

Potřebná zdravotní péče:

(zařízení nemá zdravotnický personál, může zajistit doprovod k lékaři):

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

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

Datum:

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Žadatel souhlasí s poskytnutím uvedených údajů Chráněnému bydlení sv. Gabriela.

Podpis žadatele

**Informace pro žadatele o pobyt v Chráněném bydlení sv. Gabriela (dále jen CHB)**

**Žadatel je povinen**

* Nahlásit sociální pracovnici CHB změnu doručovací adresy a telefonního čísla, pokud taková změna nastane.

Změnu můžete nahlásit telefonicky na čísle 731 604 594, písemně na adresu Chráněné bydlení sv. Gabriela, Gorkého 34, 602 00 Brno nebo na e-mail:

[marie.tusarova@brno.charita.cz](mailto:marie.tusarova@brno.charita.cz). Možná je také osobní návštěva v kanceláři sociální pracovnice.

* Nahlásit ustanovení opatrovníka nebo zástupce, pokud tak rozhodl soud.

**Žadatel má právo**

* Požádat o vyřazení z evidence žadatelů o službu CHB bez udání důvodu.
* Pokud žadatel podal žádost o vyřazení z evidence žadatelů, může kdykoliv znovu podat žádost o pobyt v CHB.
* Nesouhlasit s dalším evidováním žádosti v případě, že jí nebylo vyhověno z kapacitních důvodů.

**CHB má právo**

* Vyřadit Vaši žádost z evidence žadatelů v případě, že:
* žadatel po vyzvání nedoplní žádost o potvrzení ošetřujícího psychiatra nebo praktického lékaře.
* žadatele není možné opakovaně zkontaktovat telefonicky ani písemně na uvedené adrese a není možné se s ním nikterak spojit.
* žadatel není osobou s mentálním postižením.

**CHB má povinnost**

* Informovat Vás o vyřazení z evidence žadatelů o pobyt v CHB s uvedením důvodu.
* Zachovávat mlčenlivost o Vaší osobě a zpracovávat Vaše osobní údaje v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů.

1. **Zdravotní stavy, které vylučují poskytování pobytových sociálních služeb dle zákona č. 108/2006Sb**

   Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže

   a)zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b)osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, c)chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití [↑](#footnote-ref-1)