Miejscowość, ........................................ data ..........................

**WNIOSEK**

**osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej**

**Imię i nazwisko**.................................................................................................................

**Data i miejsce urodzenia** ...................................................................................................

**Adres zamieszkania**............................................................................................................

**Nr PESEL**.............................................................................................................................

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z pó źn. zm/ zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

**UZASADNIENIE WNIOSKU\***

(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgadzam się na potrącanie

odpłatności z moich dochodów.

***..............................................................................***

***data, czytelny podpis osoby\*\****

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie lekarskie
2. dokumentację medyczną,
3. inne dokumenty

(jakie?)..............................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

* uzasadnienie powinno zawierać wskazanie przyczyny z powodu których osoba ubiega się o umieszczenie w domu pomocy społecznej
	+ czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

***pieczątka zakładu opieki zdrowotnej***

**ZAŚWIADCZENIE** **LEKARSKIE\***

1. **IMIĘ I NAZWISKO** osoby ubiegającej sięo umieszczenie w domu pomocy społecznej

.................................................................................................................................................................................................................................

**wiek**......................................................................................................................................................................................................................

**2.**

**3.**

Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego 1. tak 2. nie

Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **stale** | 1. tak | 2. nie |
| **okresowo** | 1. tak | 2. nie |

**4.**

**5**

Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - pielęgnacja chorych, | - | rehabilitacja lecznicza, |  |  |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, | - | badania i terapia psychologiczna, |  |
| - leczenie, badania i porady lekarskie, | - | działania zapobiegawcze |  |  |
|  |  |  |
| Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej | 1. **tak** | 2. **nie** |
| - | Zalecana konsultacja **lekarza psychiatry** \* |  | 1. tak | 2. nie |  |
| - | Zalecana konsultacja **psychologa** \***\*** |  | 1. tak | 2. nie |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Powinien (powinna) być umieszczony(a) w **domu pomocy społecznej** na pobyt całodobowy o **profilu**:\*
	1. dla osób w podeszłym wieku,
	2. dla osób przewlekle somatycznie chorych,
	3. dla osób przewlekle psychicznie chorych,
	4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
	5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
	6. dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
		* **właściwe podkreślić**

**Miejscowość** ..............................................

**Data** .......................................................

***Podpis i pieczęć lekarza***

\* W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **lekarza psychiatry.**

* W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.

**Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej**

**umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy**

**społecznej (dla dzieci od 3 roku** **życia zaświadczenie**

**wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogicz na)**

***pieczątka***

***zakładu opieki zdrowotnej***

**ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA**



1. **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej sięo skierowanie do domu pomocy społecznej

.............................................................................................................................................................

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu ......................................................... **IQ**:..............

1. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
	* 1. intelektualnym ................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

* + 1. emocjonalnym ................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

* 1. społecznym ......................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

1. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań ..........................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

1. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje

pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu? ............................................................

............................................................................................................................................................

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?......................................................

.............................................................................................................................................................

1. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji .............................................................................................
2. **Psycholog** (ewentualnie lekarz ) **prowadzący** (imięi nazwisko, adres, numer telefonu) ................

..................................................................................................................................................................

1. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa ..................................................................................

...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość .................................. |  |
| Data............................................... | ***podpis i pieczęć psychologa*** |

Zaświadczenie wydaje lekarz

psychiatra dla osoby chorej psychicznie

ubiegającej się o skierowanie do **domu**

**pomocy społecznej**

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

1. **Imię i nazwisko osoby** ubiegającej sięo skierowanie do domu pomocy społecznej

...................................................................................................**wiek** ........................

1. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna** ....................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

1. **Przebieg leczenia:**

a. data pierwszej hospitalizacji .............................................., ostatniej.........................................

b. liczba hospitalizacji ........................................ , łączny czas hospitalizacji ...............................

1. główne powody hospitalizacji ...................... ..............................................................................

............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

1. **Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego** osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

1. **Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku** osoby ubiegającej się

o skierowanie do domu pomocy społecznej ...........................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

1. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....................................................

.............................................................................................................................................................

* 1. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza .....................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Miejscowość..........................................................

***podpis i pieczęć lekarza psychiatry***

Data................................................................

**P**

***Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej***

**Miejscowość** ............................................... **data** ..........................

***Zaświadczenie lekarskie***

***o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej***

**Imię i nazwisko.......................................................................................................................**

Data urodzenia...........................................................................................................................

Adres zamieszkania....................................................................................................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej** ....................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

......................................................................................................................... **( opis w języku polskim )**

1. **Przebieg schorzenia podstawowego** ...................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

3. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniej** **ące**

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. **Rokowanie** (możliwośćpoprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .......................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. **Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**
2. osoba jest **leżąca\***, porusza się: **samodzielnie\***, **o kulach\***, **na wózku inwalidzkim\*** , z **pomocą** **drugiej osoby\***;
3. **przyjmuje pokarmy** samodzielnie\*, jest karmiona przez drugąosobę\*, wymagastosowania specjalnej diety (jakiej?).............................................................................

................................................................................................................................................

1. **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie

czynności fizjologicznych).....................................................................................................

................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

1. rodzaj i częstotliwość zabiegów piel ęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

1. rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – lecz niczych wykonywanych w domu

i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*.....................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

1. częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\*

................................................................................................................................................

1. **Czy aktualnie stwierdza się:**

chorobę zakaźną (jaką):.........................................................................................................................

gruźlicę płuc lub innych narządów:............................................... ........................................................

chorobę weneryczną (jaką).....................................................................................................................

utratę wzroku: ***tak/nie***, w jakim stopniu:................................................................................................

padaczkę: ***tak/nie***....................................................................................................................................

chorobę psychiczną: ***tak/nie***, jaką:.........................................................................................................

inne kalectwo:.........................................................................................................................................

***Czy chory może być niebezpieczny***: dla siebie: ***tak/nie***, dla innych: ***tak/nie***

dlaczego:....................................................................................................................................

.................................................................

***pieczątka i podpis***

***lekarza wystawiającego zaświadczenie***

* niepotrzebne skreślić

***Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej***

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

**Pani/Pan**.................................................................................................................................................

**zam**.........................................................................................................................................................

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

....................................................

............................................

***podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie***

***domu pomocy społecznej***

***data/podpis i pieczątka lekarza***