|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evidenční číslo žádosti: |  | Datum doručení žádosti: |

**Žádost o poskytnutí sociální služby osobní asistence v programu ASISTENCE Pohoda (dále jen „Žádost“)**

Osobní asistence je sociální služba, kterou poskytujeme prostřednictvím programu Asistence POHODA. Je určená lidem s mentálním a kombinovaným postižením ve věku 19-80 let. Tato služba je poskytována osobními asistenty, kteří se zaměřují na podporu začlenění lidí s postižením do běžného života.

**Osobní asistence**

Poskytujeme podporu dle potřeb uživatele, vždy s jeho aktivním zapojením.

Posílíme vaše dovednosti tak, abyste byl/a více samostatný/á.

Díky naší pomoci se vám otevřou nové možnosti v běžném životě.

Asistent vás také může doprovázet na různá místa, například do kina, divadla, obchodního centra, na sportoviště nebo do ordinace lékaře.

**ŽADATEL**

Jméno a příjmení: Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní adresa (pokud se liší od trvalého bydliště):

Telefon:

E-mail:

Státní příslušnost:

**SVÉPRÁVNOST:** BEZ OMEZENÍ OMEZENÍ

**(omezení svéprávnosti je nutné doložit kopií soudního rozhodnutí)**

**OPATROVNÍK** (u žadatelů s omezenou způsobilostí k právním úkonům)

Jméno a příjmení: Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní adresa (pokud se liší od trvalého bydliště):

Telefon:

E-mail:

**DALŠÍ OSOBY**

(můžete uvézt další osoby, které s Vámi na vyplnění žádosti spolupracovali, případně je možné Vás jejich prostřednictvím kontaktovat)

Jméno a příjmení: Datum narození:

Trvalé bydliště:

Telefon:

E-mail:

Vztah k žadateli:

**PŘÍSPĚVĚK NA PÉČI**

1. NEPŘIZNÁN b) PŘIZNÁN STUPEŇ:

**Co od služby očekáváte? Jakým způsobem vám může služba v životě pomoci?**

**Další skutečnosti, které považujete za důležité** pro posouzení žádosti (naléhavost žádosti, aktuální situace, dosavadní využívání sociálních služeb)

**PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou skutečné a pravdivé a nezatajil jsem žádné rozhodné informace, které by mohly mít vliv na posuzování této žádosti.

Beru na vědomí, že nedílnou součástí této Žádosti je příloha Vyjádření lékaře. Současně beru na vědomí, že mohu být vyzván k doplnění žádosti, např. o vyjádření odborných lékařů – specialistů.

V případě omezení svéprávnosti je nedílnou součástí žádosti také kopie rozhodnutí soudu.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis Žadatele

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis Opatrovníka

 (pokud je ustanoven)

**Informace k podané Žádosti**

Žádost je nutné doručit na adresu: POHODA o.p.s., Roškotova 1737/6, 140 00 Praha 4, a to včetně přílohy Vyjádření lékaře, případně kopie rozsudku o omezení svéprávnosti.

Po doručení žádosti bude tato do 14 ti dnů posouzena dle příslušných ustanovení Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006 Sb. O výsledku je žadatel/opatrovník písemně informován. Hodnotí se především, zda žadatel spadá do cílové skupiny klientů služby. V případě schválení žádosti je tato zařazena do evidence žádostí.

Informace o Vaší žádosti můžete získat u sociální pracovnice:

**Mgr. Kamila Strachoňová**

Sociální práce, poradenství

POHODA, o.p.s.
Roškotova 6, Praha 4
gsm:   (+420) 777 913 493, 296 202 022
email: socialni.pracovnice@pohoda-help.cz

web:   [www.pohoda-help.cz](http://www.pohoda-help.cz/)