**ŽÁDOST ZÁJEMCE O VSTUP DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PORTUS**



**JMÉNO A PŘÍJMENÍ**: ………………………………………………………………………..



**DATUM NAROZENÍ**: ………………………………………………………………………………



**ADRESA**:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: ………………………………………………………………………………………………………………

PŘECHODNÉ BYDLIŠTĚ:

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



**TEL. KONTAKT**: ………………………………………………………………………………



**MÁM OPATROVNÍKA?** **ANO NE**

**KONTAKTNÍ OSOBA** (JMÉNO, ADRESA, TELEFON,E-MAIL):

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

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

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



**PROČ CHCI BYDLET V CHÁNĚNÉM BYDLENÍ?**

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

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

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

**JAK CHCI, ABY MŮJ ŽIVOT V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ VYPADAL?**

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

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

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

**JAK MNĚ BAVÍ TRÁVIT MŮJ VOLNÝ ČAS?**

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

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

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

**KDY BYCH RÁD/A NASTUPIL/A?**

* IHNED
* DO 3 MĚSÍCŮ
* JINÝ TERMÍN ………………………………………………….



**JAK JSTE DOMA OSLOVOVÁN, JAKÉMU JMÉNU DÁVÁTE PŘEDNOST OD CIZÍCH LIDÍ?**

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

**MÁ OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA, MÉ VLASTNOSTI „JAKÝ/Á JSEM“**

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

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

**MÁM TYTO ZÁJMY A ZÁLIBY:**

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

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

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

**JAK TO MÁM SE SEBEOBSLUHOU. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?**

(odpovídající variantu označte křížkem, do volných kolonek doplňte další oblasti)

|  |  |
| --- | --- |
|  | nutný rozsah asistence: |
| plná | částečná | minimální | žádná |
| mytí (obličej, ruce) |  |  |  |  |
| koupání ve vaně |  |  |  |  |
| sprchování |  |  |  |  |
| mytí hlavy |  |  |  |  |
| čištění zubů |  |  |  |  |
| česání |  |  |  |  |
| holení |  |  |  |  |
| stříhání nehtů |  |  |  |  |
| toaleta (WC) |  |  |  |  |
| stolování |  |  |  |  |
| oblékání |  |  |  |  |
| mobilita (chůze) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**JAKÝ TYP VZDĚLÁNÍ MÁM? (ŠKOLNÍ DOCHÁZKA, PRACOVNÍ ZAŠKOLENÍ ATD.)**

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

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

**ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VŮBEC NEZVLÁDÁM** | **OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM** | **DOBŘE ZVLÁDÁM**  |
| **ČTENÍ**  |   |   |   |
| **PSANÍ**  |   |   |   |
|  **POČÍTÁNÍ (FINANČNÍ GRAMOTNOST)** |   |   |   |

**MÉ PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI (CHRÁNĚNÁ PRÁCE, DÍLNY, ZAMĚSTNÁNÍ).**

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

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

**KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.**

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

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

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



**KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINOSTI MI DOBŘE JDOU.**

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

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

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

**KTERÉ DOMÁCÍ ČI PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.**

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

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

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

**PŘEJI SI, ABYSTE O MNĚ VĚDĚLI JEŠTĚ TYTO ÚDAJE, KTERÉ JSOU PRO MĚ DŮLEŽITÉ.**

**BERU LÉKY: ANO NE**

**POKUD ANO, CO U MĚ OVLIVŇUJÍ:**

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

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

**MÁM STRACH:**

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

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

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

**NEMÁM RÁD/A:**

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

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

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



**DEJTE POZOR NA:**

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

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

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

 **MÁM PRŮKAZ ZTP?**

* ZTP
* ZTP/P
* ŽÁDAL/A JSEM O NĚJ
* CHTĚL/A BYCH SI HO VYŘÍDIT
* NEVLASTNÍM PRŮKAZ

**U KTERÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY JSEM POJIŠTEN/A**

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

**JAK VYSOKÝ MÁM PŘIZNANÝ PŘÍSPĚVEK NA PÉČI** ……..………**KČ/MĚSÍČNĚ.**

**JAK VYSOKÝ MÁM INVALIDNÍ DŮCHOD** ……..………**KČ/MĚSÍČNĚ.**

**SVÝM PODPISEM STRVZUJI, ŽE VŠECHNY VÝŠE UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.**

V ………………………….. DNE …………… PODPIS: …………………………….

ÚDAJE UVEDENÉ V TOMTO DOTAZNÍKU POVAŽUJE ORGANIZACE PORUS PRAHA Z.Ú. ZA DŮVĚRNÉ.

**DOTAZNÍK MŮŽETE DORUČIT:**

  **OSOBNĚ NEBO POŠTOU**

  **PŘÍMO NA ADRESU DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PORTUS PRAHA, Z. Ú., SLAPY 74, 252 08 SLAPY**

  **E-MAILEM** (bojkova@portus.cz)