POSUDEK LÉKAŘE

**O zdravotním stavu žadatele před přijetím do pobytové sociální služby**

**CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ**

(§ 91 odst. 4 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách)

|  |
| --- |
| **Žadatel:** Jméno, příjmení:Datum narození:Bydliště: Telefon: |
| Výše jmenovaný žádá o přijetí do sociální služby Chráněné bydlení Johannes Diakonie Valašské Meziříčí. Podmínkou přijetí do pobytové služby podle § 91 odst. 4, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je předložit poskytovateli před uzavřením smlouvy posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.Na základě uvedených informací, prosím, potvrďte, zda žadatel může být přijat k pobytu chráněném bydlení na základě jeho aktuálního zdravotního stavu.  |
| **Cílová skupina Chráněného bydlení Johannes Diakonie Valašské Meziříčí jsou osoby s lehkým až středně těžkým mentálním postižením.****O jaké se jedná zdravotní postižení nebo onemocnění? (zaškrtněte odpovídající)*** Lehké mentální postižení
* Středně těžké mentální postižení
* Kombinované postižení (sluchové, zrakové, tělesné)
 |
| **Do chráněného bydlení Diakonie Valašské Meziříčí NENÍ možné přijmout osoby, s níže uvedenými onemocněními nebo projevy:** * Osoby s těžkou mentální retardací
* Osoby s autismem
* Osoby, na invalidním vozíku (jedná se o bariérové prostředí)
* Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytování péče ve zdravotnickém či specializovaném zařízení
* Osoba není schopna pobytu v zařízeních sociálních služeb z důvodu akutního infekčního onemocnění
* Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy či z jiných důvodů závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití s ostatními klienty bytu
* Žadatel je osobou s primární psychiatrickou diagnózou či poruchou chování,
* Žadatel potřebuje stálou osobní asistenci (24 hodin denně).
* Osoba ohrožující okolí či sebe sama

**Žadatel o službu patří do některé z těchto uvedených skupin ANO / NE.**  |
| Čestně prohlašuji, že uvedené informace jsou pravdivé, odpovídají současnému zdravotnímu stavu žadatele, a žádné závažné skutečnosti, které by mohly být rozhodné pro přijetí/nepřijetí do služby chráněného bydlení nebyly zamlčeny.\*Žádáme Vás, abyste k tomuto posudku NEPŘIKLÁDALI lékařské zprávy. |
| Dne ……………………… ………………………………………………… razítko a podpis vyšetřujícího lékaře |