

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 późn. 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.

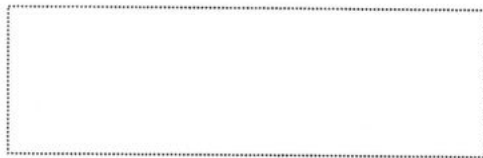
.....
*data, czytelny podpis osoby***

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



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

1.	IMIĘ I NAZWISKO osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej wiek.....
2.	Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: stale <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie okresowo <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4.	Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej - pielęgnacja chorych, <input type="checkbox"/> - rehabilitacja lecznicza, <input type="checkbox"/> - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, <input type="checkbox"/> - badania i terapia psychologiczna, <input type="checkbox"/> - leczenie, badania i porady lekarskie, <input type="checkbox"/> - działania zapobiegawcze <input type="checkbox"/>
5.	Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja lekarza psychiatry * <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie - Zalecana konsultacja psychologa ** <input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
6.	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, <p style="text-align: right;">* <u>właściwe podkreślić</u></p>

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.

ORZECZENIE

Na podstawie badań lekarskich z dniaoraz załączonych badań dodatkowych stwierdza się, że Pan/i powinien /nna/ być skierowany /a/ do Domu Pomocy Społecznej na pobyt całodobowy o profilu:

- dla starych,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

**OPINIA DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**
(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną, a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)
.....
.....

2. Data urodzenia

3. Miejsce zamieszkania:*
zameldowanie na pobyt stały

zameldowanie na pobyt czasowy

aktualne miejsce pobytu

* Niepotrzebne skreślić.

Część szczegółowa

A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie*, z pomocą innych osób*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego - podać jakiego*, nie chodzi samodzielnie*)
.....
.....
.....

2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny*, wymaga częściowej pomocy*, wymaga stałej pomocy*, zupełnie niesamodzielny*)
.....
.....
.....

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)
.....
.....

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)
.....
.....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakres usług świadczonych przez dom

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać, co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania)

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie - opisać dlaczego

4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej)

.....
(miejscowość i data)

.....
ul.

Wniosek

Zwracam się z prośbą o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej
z uwagi na potrzebę zapewnienia całodobowej opieki i pielęgnacji.

Oświadczam, że:

- osiągam dochody w wysokości: zł miesięcznie.

Oświadczam, że:

-osobami obowiązującymi do ponoszenia odpłatności za mój pobyt w domu pomocy społecznej są¹:

I.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa /mąż/żona/syn/córka/wnuk/wnuczka/ojciec/matka/	Miejsce zamieszkania lub pobytu	telefon
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe

.....
/podpis wnioskodawcy/

Załączniki:

- 1) Oświadczenia o dochodach osób obowiązanych
- 2) Kopia decyzji organu rentowego
- 3) Zaświadczenie o dochodach z miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku

¹ mąż, żona; zstępni – dzieci/wnuki; wstępni – rodzice/dziadkowie art. 61 ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

OŚWIADCZENIE

Ja.....
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Domu Pomocy Społecznej i jednocześnie wyrażam zgodę na odpłatność za pobyt w Domu Pomocy Społecznej, ustaloną zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku z późniejszymi zmianami.

Miejscowość.....

Data.....

Za zgodność podpisu

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(podpis pracownika socjalnego)



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

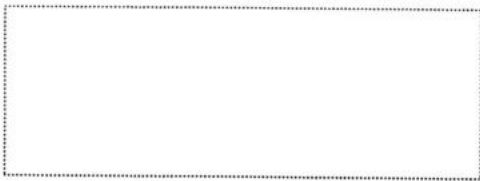
Pani/Pan.....

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 pieczętka lekarza



Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. **Imię i nazwisko osoby** ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej **wiek**

2. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna**

3. **Przebieg leczenia:**

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

b. liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji

c. główne powody hospitalizacji

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

5. **Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku** osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

7. **Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza**



Miejscowość.....

podpis i pieczęć lekarza psychiatry

Data.....



pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej

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 – pedagogiczna)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu IQ:.....
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:
a. intelektualnym
b. emocjonalnym
c. społecznym
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań
5. 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?.....
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji
7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

Miejscowość

Data.....



podpis i pieczęć psychologa

.....
(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

OPINIA DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych-również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)
2. Data urodzenia
3. Miejsce zamieszkania: *
zameldowanie na pobyt stały
- zameldowanie na pobyt czasowy
- aktualne miejsce pobytu

☉ Niepotrzebne skreślić.

Część szczegółowa

A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie*, z pomocą innych osób*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego-podać jakiego*, nie chodzi samodzielnie*)

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

2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny*, wymaga częściowej pomocy*, wymaga stałej pomocy*, zupełnie niesamodzielny*)

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

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

.....
.....

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

.....
.....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać, co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania)

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie – opisać dlaczego

4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej)

* Niepotrzebne skreślić.