Miejscowość, ... data .....

W N I O S E K
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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E*

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 ☐ 1. tak ☐ 2. nie
3.	Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: **stale** ☐ 1. tak ☐ 2. nie **okresowo** ☐ 1. tak ☐ 2. nie
4.	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 ☐
5	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
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, * **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**.

pieczątka
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

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 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.....

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)**

2. **Przebieg schorzenia podstawowego** .....
.....
.....
.....

3. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**
.....
.....

4. **Rokowanie** (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....
.....
.....

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

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

7. **Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

1) osoba jest **leżąca***, porusza się: **samodzielnie***, **o kulach***, **na wózku inwalidzkim***, z **pomocą drugiej osoby***;

2) **przyjmuje pokarmy** samodzielnie*, jest karmiona przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....
.....

3) **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....
.....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
.....
.....

5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*.....
.....
.....

6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*
.....

8. **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