

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 2018r. poz. 1508 tekst jednolity)

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



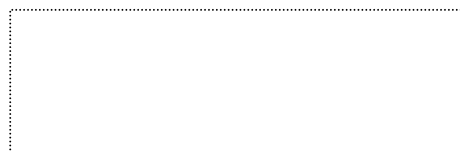
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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 ☐ 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, 7) osób uzależnionych od alkoholu * <u>właściwe podkreślić</u>			

Miejscowość

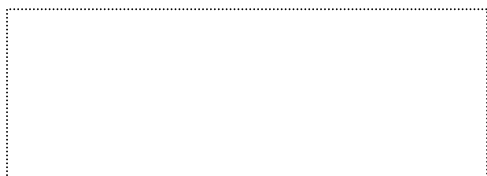
Data



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**.



pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej

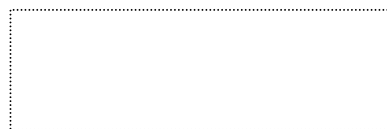
Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna)

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

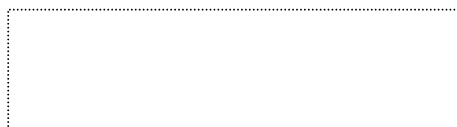


Zaświadczenie wydaje lekarz
psychiatra dla osoby chorej psychicznie
ubiegającej się o skierowanie do **domu
pomocy społecznej**

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.....



Pieczętka 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:.....

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

-
- niepotrzebne skreślić