****

**Domov pro rodinu, z.s.**

**Lanškrounská 245/73**

**571 01 Moravská Třebová**

**IČO 682 08 553**

**tel.: 732 680 459**

**e-mail:** **domovprorodinu@seznam.cz**

**Most naděje – azylový dům pro rodiče s dětmi**

***Prohlášení o zdravotní způsobilosti žadatele/žadatelky***

**Část I. a IV. vyplní žadatel** o sociální službu. **Část III. musí vyplnit praktický lékař žadatele**. **Bez posudku lékaře nemůže být žadatel přijat do sociální služby.**

**Část I. – údaje o žadateli**

**Jméno a příjmení žadatele:** ……………………………….………………………………………………………….……….

(ženy, muže)

**Datum narození:** …………………………………………………………………………………………………………………….

**Adresa trvalého bydliště**:……………………………………………………………………………………………………….

**Část II. - poučení**

Most naděje – azylový dům pro rodiče s dětmi v Moravské Třebové poskytuje pobytovou sociální službu dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je dle §91 odst. 4 osoba povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí každé pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu. V  azylovém domě není zajištěna zdravotní péče a uživatel musí být soběstačný a samostatný v běžných úkonech. **Z posudku praktického lékaře musí tedy jednoznačně vyplývat, zda je osoba schopna nebo neschopna poskytnutí pobytové sociální služby.**

**Část III. – posudek lékaře**

**Potvrzuji, že výše uvedená osoba, která žádá o sociální službu Most naděje – azylový dům pro rodiče s dětmi:**

**a) Nevyžaduje/vyžaduje\*** poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

**b) Netrpí/trpí\*** akutní infekční nemocí.

**c) Netrpí/trpí\*** duševní chorobou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití.

V……………………………………………………………….……….. dne …………..……………………………….

Razítko a podpis lékaře

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Nehodící se škrtněte**

**Část IV. – prohlášení žadatele**

Prohlašuji, že všechny údaje jsou pravdivé a není mi známo, že jsem v posledních 14 dnech přišel do styku s infekčním prostředím nebo osobami, které by měly infekční onemocnění, nebo byly podezřelé z nákazy. Zároveň mi ani nebylo nařízeno karanténní opatření.

***Toto prohlášení nesmí být starší více než jeden den od uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum a podpis žadatele o sociální službu