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

 Meno, priezvisko, adresa žiadateľa- prijímateľa sociálnej služby, zákonného zástupcu, opatrovníka

**Žiadosť o poskytovanie intervenčnej služby IS v Zariadení sociálnych služieb ROSA**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko prijímateľa, ktorej sa má poskytovať sociálna služba: |
| Dátum narodenia: |  |
| Adresa trvalého pobytu:  |  |
| Žiadosť sa podáva z dôvodu ( označte a dopíšte):a, riešenia krízovej situácie ( popíšte konkrétne dôvod )........................................................................................................................................................................................................................................................................................b, odpočinok s cieľom udržania fyzického a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia( popíšte dôvod)........................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| Požadovaný druh bloku IS:30 dní | Predbežný termín IS: Od ...............................do........................ Od............................... do........................ Od................................do........................ |
| Poznámky: |
| Čestné vyhlásenia o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti:Čestne vyhlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.V  dňa vlastnoručný podpis prijímateľa, ktorému sa má poskytovať sociálna služba  (zákonného zástupcu, opatrovníka)**Súhlas s podmienkami intervenčnej služby „IS“****v Zariadení sociálnych služieb ROSA**Svojim podpisom prijímateľ(zákonný zástupca, opatrovník) potvrdzuje, že v prípade zdravotných komplikácií súhlasí s privolaním rýchlej záchrannej služby a poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivostiSvojim podpisom prijímateľ(zákonný zástupca, opatrovník) potvrdzuje informovaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v prípade zmeny zdravotného stavu, a lebo v stave ohrozenia života/ v čase neprítomnosti opatrovníka, zákonného zástupcu, prípadne iného člena rodinySvojim podpisom potvrdzuje prijímateľ(zákonný zástupca, opatrovník) že bol oboznámený s podmienkami poskytovania IS a povinnosťami:* zabezpečením dostatočného množstva liekov
* zabezpečením hygienických vecí a osobných vecí
* zdravotníckych potrieb

na čas poskytovania intervenčnej službyMatka: ............................................. ....................................................... (meno a priezvisko) (podpis)Otec:............................................... ...................................................... (meno a priezvisko) (podpis) **Kontaktné čísla:**Ošetrujúci lekár prijímateľa sociálnej služby : .........................................................................................................................................(meno lekára, telefonický kontakt, pracovisko lekára)Rodinný príslušník:Kontaktná osoba (v prípade potreby): ......................................................................................................................................... (meno a priezvisko, telefonický kontakt)Zákonný zástupca/opatrovník : .........................................................................................................................................(telefonický kontakt)V Bratislave, dňa: ........................................ Podpis: ....................................... |