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

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 starostlivosti  Svojim 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 rodiny  Svojim 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 služby  Matka:  ............................................. .......................................................  (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: ....................................... | | |