

Siedlce, dnia

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Objęcie ubezpieczeniem przez:

1. Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych
 2. Branżową Kasę Chorych
 3. Nieubezpieczony
- (niepotrzebne skreślić)

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Domu Pomocy Społecznej. Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie opłat za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego lub zasiłku z pomocy społecznej przez Dom Pomocy Społecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(data)

.....
(podpis)



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko oraz wiek osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej	
.....	
2. Jest osobą przewlekle chorą	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
3. Wymaga leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
4. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
lub okresowo	<input type="checkbox"/> 1. tak <input type="checkbox"/> 2. nie
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> 1. pielęgnacja chorych	<input type="checkbox"/> 4. rehabilitacja lecznicza
<input type="checkbox"/> 2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi	<input type="checkbox"/> 5. badania i terapia psychologiczna
<input type="checkbox"/> 3. leczenie, badanie i porady lekarskie	<input type="checkbox"/> 6. działania zapobiegawcze
6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> 1.tak <input type="checkbox"/> 2.nie
jeśli tak, do jakie	
.....	

Miejscowość

Data

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

...
...
...

— placówka zakładu opieki zdrowotnej

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 _____



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
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. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:
7. Typ domu pomocy społecznej właściwy dla osoby ubiegającej się o skierowanie: * 1) dla osób w podeszłym wieku; 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych; 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych; 4) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej fizycznie; 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie. * właściwe podkreślić

Miejscowość

Data

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

(pieczęćka OPS)

**OPINIA DOTYCZĄCA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**
(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
(w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek oraz stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o skierowanie do domu pomocy społecznej).

2. Data urodzenia:

dzień [] [] miesiąc [] [] rok [] [] [] [] [] [] Nr PESEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. Miejsce zamieszkania:

zameldowanie na pobyt stały

zameldowanie na pobyt czasowy

tymczasowe miejsce pobytu

4. Sytuacja prawna osoby ubiegającej się o skierowanie do domu:

czy jest ubezwłasnowolniony 1. tak 2. nie jeśli tak to czy 1. całkowicie 2. częściowo

5. W wypadku osoby ubezwłasnowolnionej podać imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela ustawowego.

Część szczegółowa

1. Ocena sprawności ruchowej

2. Ocena możliwości samodzielnego zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych

2. Ocena zdolności porozumiewania się

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne).

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.**1. Dane o rodzinie.**

1	2	3	4	5	6	7
Lp.	imię i nazwisko	Adres	Numer telefonu	Stopień pokrewieństwa	Dochód na osobę w rodzinie	Czy deklaruje gotowość opłat

2. Opinia ośrodka pomocy społecznej na temat możliwości funkcjonowania osoby w środowisku; podać, co uniemożliwia pozostanie w środowisku

.....

.....

.....

.....

3. Podać, jaki jest zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

.....

.....

.....

4. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie - opisać dlaczego?

.....

.....

.....

5. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały).

.....

.....

.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(miejscowość, data)

.....
(kierownik ośrodka pomocy społecznej)