**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o sociální službu**

**Charitního domova**

Posláním Charitního domova je poskytovat rodičům – samoživitelům a těhotným ženám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení přechodné ubytování; pomoci jim s aktivním řešením jejich situace tak, aby mohli co nejdříve bydlet samostatně, zajistit řádnou péči o děti a žít běžný život rodin s dětmi.

**Zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb. §91 odstavec 4:**

Osoba je povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení podle § 52.

**Dle prováděcí vyhlášky č. 505 / 2006 Sb. § 36 se poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže:**

1. zdravotní stav osoby **vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení**,
2. osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb **z důvodu akutní infekční nemoci**, nebo
3. chování osoby by **z důvodu duševní poruchy** závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

Potvrzuji, že zdravotní stav níže jmenovaného nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení; není nositelem akutní infekční choroby, která by bránila pobytu v Charitním domě; není nositelem parazitárního onemocnění (svrab, zavšivení) a netrpí duševní poruchou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití.

**Jméno a příjmení**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**může / nemůže** (nevyhovující škrtněte)

**být přijat** do Charitního domova (nejedná se o léčebné zařízení, ani o zařízení se zvláštním režimem).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**razítko a podpis lékař**

Potvrzuji, že zdravotní stav **níže jmenovaných nezl. dětí** nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení; nejsou nositelem infekční choroby, která by bránila pobytu v Charitním domě; nejsou nositelem parazitárního onemocnění (svrab, zavšivení) a netrpí duševní poruchou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití.

**Jméno a příjmení dítěte**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení dítěte**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení dítěte**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení dítěte**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**může / nemůže X mohou / nemohou** (nevyhovující škrtněte)

**být přijato / přijaty** do Charitního domova (nejedná se o léčebné zařízení, ani o zařízení se zvláštním režimem).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**razítko a podpis lékaře**