

ŽÁDOST
pro zájemce o poskytování sociální služby

Cílová skupina uživatelů:

osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Údaje o žadateli

jméno

příjmení

rodné příjmení

titul

datum narození

místo narození

rodinný stav

zdravotní pojišťovna

číslo OP

trvalé bydliště (ulice čp., město, PSČ)

adresa, na které se žadatel/ka zdržuje, příp. adresa, kam je možné zasílat poštu

telefon

Zákonný zástupce, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti:

.....
jméno

.....
příjmení

.....
rodné příjmení

.....
trvalé bydliště (ulice, město, čp., PSČ)

.....
telefon

rozhodnutí soudu v

ze dne..... č.j.

Příspěvek na péči (PnP): ano / ne/ zažádáno

Stupeň PnP:

Osoby blízké žadateli/ce

1. Jméno a příjmení:

Příbuzenský poměr k žadateli/ce:

Společná domácnost s žadatelem/kou: ano / ne

2. Jméno a příjmení:

Příbuzenský poměr k žadateli/ce:

Společná domácnost s žadatelem/kou: ano / ne

Kontaktní osoba

(osoba, která má být informována např. o přijetí žadatele do DPS, o vážném onemocnění či úmrtí během pobytu v DPS)

Jméno a příjmení:

Adresa:
Ulice, čp. obec, PSČ

Telefon:

☐ **Mám skutečný zájem** uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby, a to okamžitě nebo v horizontu dnů, nanejvýš týdnů.

☐ **Nemám zájem** uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby, a to okamžitě nebo v horizontu dnů, nanejvýš týdnů a beru na vědomí, že má žádost bude přerazena do evidence neaktuálních žádostí.

Prohlášení žadatele/ky

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady škody, eventuálně i propuštění z Domova pro seniory Dubina Pardubice, Blahoutova 646 – 649.

Zároveň prohlašuji, že aktualizuji údaje uvedené v žádosti o poskytnutí sociálních Služeb v Domově pro seniory Dubina. Beru na vědomí, že přijetí do domova pro Seniory je podmíněno uzavřením smlouvy.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zpracování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s využitím sociální služby za účelem vyřízení žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace. Jsem si vědom/a, že poskytnutí souhlasu je dobrovolné a mohu jej kdykoli písemně odvolat.

Dne:

Podpis žadatele/ky – zákonného zástupce:

Přílohy: Vyjádření lékaře

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE *)
- chůze s použitím kompenzačních pomůcek	ANO	NE *)
s jakými:		
- chůze pouze po bytě	ANO	NE *)
- chůze v bezprostředním okolí bydliště	ANO	NE *)
Je upoután trvale – převážně *) na lůžko	ANO	NE *)
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE *)
Inkontinence moči trvale	ANO	NE *)
občas	ANO	NE *)
v noci	ANO	NE *)
stolice trvale	ANO	NE *)
občas	ANO	NE *)
stupeň inkontinence		
Potřebuje lékařské ošetření trvale	ANO	NE *)
občas	ANO	NE *)
Obvodní lékař (jméno, příjmení):		
Dochází k psychiatrickému lékaři	ANO	NE *)
Psychiatrický lékař (jméno, příjmení):		
*) Označte kroužkem		

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby především osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku. Jedná se o osoby, které nejsou schopné se o sebe postarat ve svém přirozeném prostředí a to ani při využití ambulantních sociálních služeb a pomoci rodinných příslušníků.

Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytové sociální služby:
zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
osoba není schopna pobytu v zařízení soc. služeb z důvodu akutní infekční nemoci

Zájemce je vhodný pro pobyt v Domově pro seniory Dubina Pardubice ANO NE

Dne

razítko
podpis ošetřujícího lékaře
(jmenovka)

NEVYPLŇUJTE

Vyjádření vedoucí zdravotního úseku o vhodnosti přijetí žadatele do Domova pro seniory Dubina Pardubice:

.....

Dne:

Podpis: