

Evidenční číslo žádosti:

Přijato dne:

Podpis přijímajícího pracovníka:

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- DOMOV PRO SENIORY**
- DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**
- ODLEHČOVACÍ SLUŽBA**

Datum požadovaného přijetí

Datum ukončení pobytu

Jméno, příjmení, titul žadatele		
Rodné příjmení		
Datum narození	Místo narození	
Státní příslušnost	Zdravotní pojišťovna	
Trvalý pobyt - ulice, č.p., město, PSČ		
Telefon	E-mail	
Adresa, na které se žadatel v současné době zdržuje pokud je odlišná od místa trvalého pobytu		
Rodinný stav		
<input type="checkbox"/> Svobodná/ý	<input type="checkbox"/> Vdaná	<input type="checkbox"/> Ženatý
<input type="checkbox"/> Rozvedený/á	<input type="checkbox"/> Vdova	<input type="checkbox"/> Vdovec
Životní povolání		

Jakou sociální službu v současné době využíváte (domácí péče, osobní asistence, pečovatelská služba atd.)

Jméno a adresa ošetřujícího praktického lékaře

Kontaktní osoba

Jméno, příjmení	Vztah k žadateli	Adresa	Telefon E-mail

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Byl/a jsem informován/a o postupu při jednání se zájemcem o sociální službu. Organizace zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a dále v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání svých osobních a citlivých osobních údajů v souvislosti s využitím sociální služby za účelem vyřízení žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace.

Zástupce (zmocněnec, opatrovník): je-li žadatel/ka dotčen/a ve způsobilosti k právním úkonům, doložte usnesení soudu, který ve věci rozhodl, má-li žadatel zmocněnce, doložte plnou moc.

Rozhodnutí soudu

v

**Jméno, příjmení, titul
opatrovníka / zmocněnce**

**Adresa opatrovníka /
zmocněnce**

Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Žádost podána	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	datum
Příspěvek na péči nebyl přiznán			
Adresa úřadu, kde byla žádost podána:			
Výše příspěvku na péči:	<input type="checkbox"/> 1. stupeň	<input type="checkbox"/> 2. stupeň	<input type="checkbox"/> 3. stupeň <input type="checkbox"/> 4. stupeň
Vyplácí úřad:			
Co žadatel očekává od poskytované sociální služby			
Osobní cíl žadatele (čeho chce prostřednictvím služby dosáhnout, co od služby očekává)			

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) a souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsme si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek odstoupení od smlouvy o poskytnutí sociální péče.

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Byl/a jsem informován/a o postupu při jednání se zájemcem o sociální službu. Organizace zpracovává osobní a citlivé údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a dále v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, zpracovávání, shromažďování a uchovávání svých osobních a citlivých osobních údajů v souvislosti s využitím sociální služby za účelem vyřízení žádosti a následnému poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace.

Souhlasím, aby do mé dokumentace nahlíželi osoby způsobilé k výkonu sociálního a zdravotnického povolání a ředitel zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

V

Dne

.....

Vlastnoruční podpis žadatele
nebo jeho zákonného zástupce

Informace o dalším postupu:

Žádost o poskytování sociální služby jsou evidované u sociálního pracovníka. Žádost je zařazena do evidence žádostí. Každý žadatel nebo jeho zástupce má možnost získat informace o aktuálním stavu své žádosti.

Přílohy k žádosti:

- Lékařský posudek o zdravotním stavu
- Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku
- Kopie rozhodnutí soudu o omezení k právním úkonům a listina o ustanovení opatrovníka, plná moc

Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice Domova pro seniory šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci a vhodnost našeho zařízení pro Vás.

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE, K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- DOMOV PRO SENIORY
- DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM
- ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

Jméno, příjmení, titul žadatele	
Datum narození	Rodné číslo
Zdravotní pojišťovna	
Trvalý pobyt - ulice, č.p., město, PSČ	

Očkování:

- TAT datum:
- Engerix datum:
- chřipka datum:
- pneumo datum:

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Medikace:

Duševní stav (potřeba specifické péče vyplývající z Alzheimerovy demence, demence jiného typu nebo jiného duševního onemocnění či poruchy, (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Hlavní psychiatrická diagnóza:

Jiná duševní porucha či onemocnění :

Přehled psychiatrické hospitalizace:

Psychiatrická medikace:

Projevy agrese:

Alkoholismus:

Diagnóza (česky):

Statistická značka hlavní choroby podle

a) hlavní

mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby

Přílohy:

- a) popis rtg. snímku plic (V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu),
 - b) výsledky vyšetření na bacilonosičství,
 - c) podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.
-

*) Nehodící se škrtněte:

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO – NE *)

Je upoután trvale – převážně*) na lůžko ANO – NE *)

Je schopen sám sebe obsloužit ANO – NE *)

Orientován/a místem ANO – NE *)

Orientován/a časem ANO – NE *)

Orientován/a osobou ANO – NE *)

Inkontinence:

Stupeň inkontinence - uveďte: močová - den / noc stolice - den / noc

Typ pomůcky: vložka - vložná plena - natahovací kalhotky – lepící kalhotky

Název pomůcky:

Potřebuje lékařské ošetření trvale ANO – NE *)

občas ANO – NE *)

Má defekty na kůži ANO – NE *)

Pokud ano, specifikujte:

Je pod dohledem odborného lékaře např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

Potřebuje zvláštní péči – jakou: ANO – NE *)

Druh diety	rationální (běžná)	ANO – NE	šetřící ANO – NE *)
	diabetická	ANO – NE	jiná

Jiné údaje

Datum

.....

Podpis, razítko ošetřujícího lékaře