**Žádost o poskytování pečovatelské služby v DS-DD Pacov**

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

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

**Telefonní kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa trvalého bydliště dle OP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nárok na poskytování **bezplatné** pečovatelské služby (případně označte a doložte):

 ☐ účastník odboje (dle zákona č. 255/1945 Sb.)

 ☐ účastník rehabilitace (dle zákona č. 119/1990 Sb., nebo zákon č. 82/1968 Sb.)

 ☐ osoba zařazená v táboře nucených prací, pracovním útvaru či vojenském táboru nucených prací

 ☐ pozůstalá manželka/manžel po osobě uvedené v předchozích bodech starší 70-ti let

Popis současné situace a důvod podání žádosti:

Křížkem označte požadovanou službu a uveďte její rozsah

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu** | **Den** | **Četnost/měsíc** |
| ☐ Pomoc a podpora při podávání jídla a pití |  |  |
| ☐ Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek |  |  |
| ☐ Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním  prostoru |  |  |
| ☐ Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** | **Den** | **Četnost/měsíc** |
| ☐ Pomoc při úkonech osobní hygieny |  |  |
| ☐ Pomoc při základní péči o vlasy a nehty |  |  |
| ☐ Pomoc při použití WC |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy** | **Den** | **Četnost/měsíc** |
| ☐ Zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy  a potřebám dietního stravování ☐ snídaně ☐ oběd  ☐ večeře |  |  |
| ☐ Dovoz nebo donáška jídla v budově DS-DD |  |  |
| ☐ Pomoc při přípravě jídla a pití |  |  |
| ☐ Příprava a podání jídla a pití |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pomoc při zajištění chodu domácnosti** | **Den** | **Četnost/měsíc** |
| ☐ Běžný úklid a údržba domácnosti |  |  |
| ☐ Pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního  úklidu, úklidu po malování, mytí oken) |  |  |
| ☐ Běžné nákupy (max. do 4 kg) a pochůzky |  |  |
| ☐ Velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného  vybavení domácnosti |  |  |
| ☐ Praní a žehlení ložního prádla, popřípadě drobné opravy  |  |  |
| ☐ Praní a žehlení osobního prádla, popřípadě drobné opravy |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** | **Den** | **Četnost/měsíc** |
| ☐ Doprovázení dospělých k lékaři, na úřady a instituce a zpět |  |  |

Zápis ze sociálního šetření (vyplní sociální pracovnice DS-DD Pacov):

Prohlášení

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsou uvedeny pravdivě. V souladu s ustanovením zákona
č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování, zpracování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů
pro vnitřní potřeby DS-DD Pacov.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis žadatele