

Žádost o umístění do Domova pro seniory Pacov

Žádost doručena dne:	Žádost zařazena do evidence dne:	
	Evidenční číslo:	

Údaje o žadateli

Jméno			
Příjmení		Rodné příjmení	
Datum narození			
Telefonní kontakt			
Adresa trvalého bydliště			
Adresa pro doručování korespondence (pokud se liší od trvalého bydliště)			
Příspěvek na péči		Výše přiznaného příspěvku	
☐ přiznán		☐ I. stupeň (880 Kč)	
☐ nepřiznán		☐ II. stupeň (4 400 Kč)	
☐ v řízení		☐ III. stupeň (8 800 Kč / 12 800 Kč)	
☐ podána žádost o navýšení		☐ IV. stupeň (13 200 Kč / 19 200 Kč)	
☐ nežádán			

Popis současné situace a důvod podání žádosti

--

Údaje o kontaktní osobě

Jméno

Příjmení

Telefonní kontakt

E-mailová adresa

Příbuzenský poměr k žadateli

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum: _____

Podpis kontaktní osoby: _____

Údaje o opatrovníkovi, je-li stanoven

Jméno

Příjmení

Telefonní kontakt

E-mailová adresa

Příbuzenský poměr k žadateli

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum: _____

Podpis opatrovníka: _____

K žádosti nutno dodat

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele do Domova pro seniory Pacov
- v případě omezení ve způsobilosti k právním úkonům rozhodnutí soudu a kopii listiny o jmenování opatrovníka

Prohlášení žadatele

Žadatel/ka souhlasí s tím, aby Domov pro seniory Pacov shromažďoval osobní údaje o žadateli (dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů), a to v rozsahu nezbytně nutném za účelem vyhodnocení jeho žádosti v písemné podobě.

Žadatel/ka souhlasí s tím, že pověření pracovníci poskytovatele mají právo seznámit se s jeho zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti.

Souhlas je dán po dobu, po níž bude žádost aktuální a dále po dobu, kdy bude u nás žadateli poskytována sociální služba na základě smlouvy.

Datum: _____

Podpis žadatele

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE DO DSSP**

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel
o umístění

Žadatel

Jméno

Příjmení

Rodné příjmení

Datum narození

Adresa trvalého bydliště

Diagnóza (česky)

Hlavní:

Ostatní:

Objektivní nález (status praesens generali, v případě orgánového postižení i st. localis):

Duševní stav, případné projevy demence:

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení ? (např. plicního, neurologického, psychiatrického, otolaryngologického, interního, protialkoholního atd.) Pokud ano, dodejte výsledky vyšetření.

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění: ano ne

Pokud ano, pro jaké.....

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu: ano ne

Pokud ano, v jaké formě a kým:.....

Je žadatel schopen chůze : ano ne s pomocí

Je žadatel upoután trvale na lůžko: ano ne

Je žadatel schopen sám sebe obsloužit: ano ne s pomocí

Je žadatel schopen se najíst ano ne s pomocí

Je žadatel schopen sám jednat o svých osobních záležitostech ano ne

Noční aktivita: ano (jaká) ne

Používá kompenzační pomůcky: ano (jaké) ne

Používá inkontinentní potřeby: trvale jen v noci ne

Označte křížkem platnou odpověď:

Zdravotní stav žadatele

- ☐ vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- ☐ nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

Osoba

- ☐ je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb – netrpí akutní infekční chorobou (případně infekční a parazitární chorobou, kožní chorobou, svrabem, tuberkulózou, pohlavní nemocí v akutním stadiu)
- ☐ není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční choroby

- ☐ hrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
- ☐ nehrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost

- ☐ hrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- ☐ nehrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

Vyjádření lékaře, zda je žadatel schopen jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb a následně ji podepsat.

☐ ANO

☐ NE

Datum:



podpis a razítko praktického lékaře