

Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem 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 se zvláštním režimem 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 se zvláštním režimem 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, otopedického, 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

Očkování žadatel a termíny očkování:

Pneumo 73 (datum posledního očkování):.....

Chřipka (datum posledního očkování):.....

TAT (datum posledního očkování):.....

Jiná očkování (druh a datum posledního očkování):.....

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