DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

Žádost o umístění do Domova pro seniory Pacov

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

Zařazení žádosti do evidence bylo VÚZOP/staniční sestrou DSSP: ☐ schváleno ☐ zamítnuto

Datum a podpis:

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

☐ přiznán
☐ nepřiznán
☐ v řízení
☐ podána žádost o navýšení
☐ nežádán

Výše přiznaného příspěvku

☐ I. stupeň (880 Kč)
☐ II. stupeň (4 400 Kč)
☐ III. stupeň (8 800 Kč / 12 800 Kč)
☐ IV. stupeň (13 200 Kč / 19 200 Kč)

Popis současné situace a důvod podání žádosti

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

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: _____

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

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

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV

DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PACOV, p. o.
Malovcova 1080, 395 01 Pacov
IČO: 638 93 703 | **web**: www.dssp.cz

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

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, tuberkulozou, 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 sociální služby a následně ji podepsat.

☐ ANO ☐ NE

Datum:

podpis a razítko praktického lékaře