

Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem v Domě sociálních služeb Pacov, p.o.

Žádost doručena dne:	Žádost zařazena do evidence dne:
	Evidenční číslo:
Zařazení žádosti do evidence bylo VÚZOP/staniční sestrou DSSP: <input type="checkbox"/> schváleno <input type="checkbox"/> zamítnuto	
Datum a podpis:	

*vyplňuje DSSP

Údaje o žadateli

Jméno a příjmení:	
Rodné příjmení:	Rodinný stav:
Datum narození:	
Telefonní kontakt:	
Adresa trvalého bydliště:	
Kontaktní adresa (liší-li se od trv. bydliště):	
Příspěvek na péči:	Výše přiznaného příspěvku:
<input type="checkbox"/> přiznán	<input type="checkbox"/> I. stupeň (880 Kč)
<input type="checkbox"/> nepřiznán	<input type="checkbox"/> II. stupeň (4 400 Kč)
<input type="checkbox"/> v řízení	<input type="checkbox"/> III. stupeň (8 800 Kč/12 800 Kč)
<input type="checkbox"/> podána žádost o navýšení	<input type="checkbox"/> IV. stupeň (13 200 Kč/19 200 Kč)
<input type="checkbox"/> nežádán	
Popis současné sociální situace a důvod podání žádosti (povinné):	

Údaje o kontaktní osobě

Jméno a příjmení:

Telefonní kontakt: **E-mail:**

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 a příjmení:

Telefonní kontakt: **E-mail:**

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:**.....

K žádosti o umístění je nutné dodat:

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele
- rozhodnutí soudu a kopii listiny opatrovníka (je-li stanoven)

Žadatel souhlasí s tím, aby Dům sociálních služeb Pacov, p.o. 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 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 žadateli poskytována sociální služba na základě smlouvy.

Datum:

Podpis žadatele:.....

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE

o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu v DSSP*

Žadatel

Jméno a příjmení:..... Rodné příjmení:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

Diagnózy (česky):**Hlavní:****Ostatní:****Objektivní nález (status praesens generali, v případě orgánového postižení i st. localis):****Medikace:**** Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění*

Duševní stav, případné projevy demence:

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

Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění? ano ne

Pokud ano, pro jaké:

Je žadatel 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):

SARS-CoV-2 (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 sociální služby a následně ji podepsat.

ANO

NE

Datum:

Razítko a podpis lékaře: