



Ev. číslo:	Zřizovatel:	Den přijetí žádosti:
	<b>Žádost o poskytování sociální služby</b> - v domově pro seniory - v domově se zvláštním režimem	
1. <b>Žadatel/ka</b> ..... Jméno ..... příjmení ..... titul .....		
2. <b>Narozen/a</b> ..... Den, měsíc, rok ..... místo .....		
3. <b>Trvalé bydliště</b> ..... Telefon ..... e-mail: ..... <b>Aktuální bydliště</b> ..... <b>Vyjádření k žádosti si přejete zaslat poštou nebo e-mailem?</b> .....		
4. <b>Žadatel/ka je omezen/a ve svéprávnosti?</b> ..... Ano ..... Ne ..... Jméno, příjmení, adresa zákonného zástupce ..... ..... Telefon ..... e-mail: ..... <b>Žadatel/ka využívá jiného podpůrného opatření při narušení schopnosti právně jednat?</b> - Předběžné prohlášení - Nápomoc při rozhodování - Zastoupení členem domácnosti <b>Jestliže zdravotní stav žadatele/ky je vážný a je to stav, který není přechodného charakteru, doporučujeme včas řešit způsob zastupování nebo omezení svéprávnosti.</b>		
5. <b>Kontaktní osoba</b> pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí žadatele/ky do zařízení: Jméno, příjmení, adresa ..... ..... Telefon ..... e-mail: .....		

**6. Čím žadatel/ka odůvodňuje podání žádosti (např. zdravotní stav, sociální situace apod., krátce popište).**

.....

.....

.....

.....

**7. Dokumenty potřebné k žádosti o poskytnutí sociální služby v domově:**

- Aktuální vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele/ky
- V případě ustanovení opatrovníka, žádáme o předložení dokumentu, kterým je opatrovník ustanoven a je vymezen rozsah jeho pravomocí
- V případě zastupování žadatele/ky členem domácnosti, žádáme o předložení dohody o zastupování schválenou příslušným soudem
- V případě poskytování nápomoci při rozhodování žadatele/ky, žádáme o doložení smlouvy o nápomoci schválenou příslušným soudem

**8. Informace o dalším postupu**

Po přijetí Vaší žádosti pracovní komise Domova pro seniory Heřmanův Městec posoudí, zda spadáte do cílové skupiny uživatelů a zda je Vaše přijetí možné. Posouzení proběhne zpravidla do 30 dnů od podání žádosti. O této skutečnosti budete písemně vyrozuměn(a). Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete zařazeni do seznamu žadatelů. Poté, co se kapacita uvolní, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a uzavřena Smlouva o poskytování sociální služby.

**9. Prohlášení žadatele/ky (zákonného zástupce)**

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl/a pravdivě.

V souladu s nařízením EU o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR) **beru na vědomí**, že zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace, je založeno na základě zákonnosti tj. přítomnosti právního důvodu zpracování. Bez poskytnutých údajů by nebylo možné žádost a přijetí do DS uskutečnit.

.....  
čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

Datum .....

# Vyjádření lékaře

Ev. číslo:

o zdravotním stavu žadatele/ky k žádosti do Domova pro seniory / Domova se zvláštním režimem Heřmanův Městec

## 1. Žadatel/ka

.....  
Jméno                                      příjmení                                      titul                                      zdravotní pojišťovna

Narozen/a .....  
Den, měsíc, rok                                      rodné číslo

Trvalé bydliště .....

## 2. Anamnéza (rodinná, osobní)

## 3. Objektivní nález

## 4. Duševní stav (orientovanost žadatele/ky, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)

## 5. Diagnóza:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

<b>6.</b>	Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
	Je upoután trvale na lůžko	ANO	NE
	Je schopen sám se obsloužit	ANO	NE
	Inkontinence trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Datum posledního očkování proti tetanu, případně jiná očkování:

**7. Jiné údaje:**

**Je léčen/a nebo sledován/a pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu?** ANO NE

Pokud ano – pro jakou .....

**Je léčen/a nebo sledován/a pro tuberkulózu?** ANO NE

Pokud ano, v jakém stadiu, v jaké formě, kým je sledován:

.....

Dne .....V .....

.....

**razítko a podpis ošetřujícího lékaře**

**Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel/ka.**