

ŽÁDOST O POBYTOVOU SLUŽBU

VYBERTE A OZNAČTE ZVOLENOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU^{*)}

*) **domova pro seniory** (§ 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

*) **domova se zvláštním režimem** (§ 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Datum podání žádosti (podací razítko)	Poznámka
--	----------

I. OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

Omezení svéprávnosti: plně svéprávný svéprávnost omezena

Adresa trvalého bydliště:

Ulice: č. p.: č. or.:

Obec: PSČ:

Telefonní kontakt: e-mail:

KORESPONDENČNÍ ADRESA (vyplňte, pouze pokud se liší od adresy bydliště)

Ulice: č. p.: č. or.:

Obec: PSČ:

II. ÚDAJE O OPATROVNÍKOVĚ (je-li ustanoven)

Jméno, příjmení, titul:

Vztah k žadateli:

Kontaktní adresa:

Telefonní kontakt: e-mail:

III. DALŠÍ KONTAKTY (rodinný příslušník, podpůrce, zmocněnec, sociální pracovník...)

Jméno a příjmení osoby:

Vztah k žadateli:

Telefonní kontakt: e-mail:

Adresa bydliště (název zařízení)

.....

IV. ZDŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI

Proč žádám o pobytovou službu, v jakých běžných činnostech potřebuji pomoci, co od pobytu očekávám a jak si pobyt představuji apod.

.....

.....

.....

.....

STUPEŇ NALÉHAVOSTI ŽÁDOSTI

- I. AKUTNÍ (nástup okamžitě)
- II. URGENTNÍ (nástup během 6 – 12 měsíců)
- III. ŽÁDOST DO BUDOUCNA (nástup za 12 a více měsíců)

VYUŽITÍ JINÝCH VEŘEJNĚ DOSTUPNÝCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (pobytové služby; služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby: např. centra denních služeb, stacionářů apod., terénní služby: např. osobní asistence, pečovatelská služba apod.)

využívám tyto služby:

- pobytové** upřesněte (název zařízení, doba, pobyt omezen...):.....
- ambulantní** upřesněte (název, četnost...):.....
- terénní** upřesněte (název, četnost...):.....
- jiné** upřesněte:.....
- žádné – důvod** (např. pobyt ve zdravotnickém zařízení, pomoc rodiny, rozjednané, nepotřebuji...):

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

- I.STUPEŇ II.STUPEŇ III.STUPEŇ IV.STUPEŇ
- ZAŽÁDÁNO, kdy:..... NE, důvod:.....

V. AKTUÁLNÍ SITUACE ŽADATELE

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Mobilita | <input type="checkbox"/> plně mobilní | <input type="checkbox"/> převážně na lůžku | <input type="checkbox"/> trvale na lůžku |
| Kompenzační pomůcky | <input type="checkbox"/> hole | <input type="checkbox"/> chodítka | <input type="checkbox"/> invalidní vozík |
| | <input type="checkbox"/> brýle | <input type="checkbox"/> sluchadlo | <input type="checkbox"/> NE |
| | <input type="checkbox"/> jiné:..... | | |
| Schopen samostatné chůze bez cizí pomoci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |
| Schopen polohy v sedě | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |
| Schopen sám se najíst, napít | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |
| Schopen sám se obléci, obout | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |
| Schopen se umýt, osprchovat | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |

Schopen pečovat o své zdraví	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Schopen péče o domácnost	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Používá WC křeslo u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Inkontinence	<input type="checkbox"/> trvale	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> v noci	<input type="checkbox"/> NE

VI. INDIVIDUÁLNÍ SITUACE ŽADATELE

Žadatel přichází z:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jiné pobytové sociální služby | <input type="checkbox"/> domácího prostředí |
| <input type="checkbox"/> zdravotnického zařízení | <input type="checkbox"/> Jiné:..... |

Žadatel žije:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> s rodinným příslušníkem, situaci zvládá | <input type="checkbox"/> sám, situaci zvládá |
| <input type="checkbox"/> s rodinným příslušníkem, situaci nezvládá | <input type="checkbox"/> sám, situaci zvládá s podporou |
| <input type="checkbox"/> sám, situaci nezvládá | <input type="checkbox"/> Jiné:..... |

Bytové podmínky žadatele:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vyhovující | <input type="checkbox"/> Bariéry ztěžující užívání bytu/domu |
| <input type="checkbox"/> Nevyhovující hygienické podmínky | <input type="checkbox"/> Nevyhovující technické vybavení bytu/domu |
| <input type="checkbox"/> Nedostupnost občanské vybavenosti v okolí | <input type="checkbox"/> Jiné:..... |

Krizová situace:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Žádná | <input type="checkbox"/> Ztráta životního partnera |
| <input type="checkbox"/> Zhoršení zdravotního stavu | <input type="checkbox"/> Bariéry ztěžující užívání bytu/domu |
| <input type="checkbox"/> Ztráta bydlení | <input type="checkbox"/> Domácí násilí, zneužívání |
| <input type="checkbox"/> Ztráta soběstačnosti při péči o domácnost | <input type="checkbox"/> Ztráta soběstačnosti při péči o svou osobu |
| <input type="checkbox"/> Nedostačující podpora a pomoc blízkých/institucí | <input type="checkbox"/> Krizová finanční situace |
| <input type="checkbox"/> Jiné: | |

.....
.....
.....

VII. DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE (vše co si přejete ještě ohledně Vaší aktuální situace při posuzování Vaší žádosti sdělit, např. žádost je podána i životním partnerem)

VIII. PÉČE NA ZÁKLADĚ ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU

U sociální služby domov se zvláštním režimem souhlasím s poskytováním péče na základě mého životního příběhu.

IX. PALIATIVNÍ PÉČE

Beru na vědomí, že Domov pro seniory Ďáblice poskytuje v rámci svých služeb též péči v závěru života (paliativní péči). V případě mého zájmu mi budou pracovníkem domova poskytnuty podrobnější informace.

X. SOUHLAS S PODÁVÁNÍM INFORMACÍ TŘETÍ OSOBY (na koho se obrátit v případě řešení žádosti)

DÁVÁM SOUHLAS K PODÁVÁNÍ INFORMACÍ, KTERÉ SE TÝKAJÍ VYŘIZOVÁNÍ MÉ ŽÁDOSTI O POBYTOVOU SLUŽBU V DOMOVĚ PRO SENIORY ĎÁBLICE:

Jméno a příjmení osoby, titul:

Adresa bydliště: ulice: č. p.: č. or.:

Obec: PSČ:

XI. PROHLÁŠENÍ DOMOVA PRO SENIORY

Domov pro seniory prohlašuje, že ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů osobní údaje žadatelů shromažďuje a zpracovává pouze pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a že jsou podle vnitřních předpisů domova zabezpečeny proti zneužití.

Žádost bude posouzena dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a registrace DpS Ďáblice. V případě splnění kritérií bude žádost zařazena do evidence žadatelů, o zaevidování žádosti bude žadatel písemně informován (zpravidla do 30 pracovních dnů od podání žádosti).

Žádáme Vás o případnou aktualizaci žádosti, tj. zejména při změně zdravotního stavu, místa pobytu, příspěvku na péči, zrušení žádosti z důvodu využití jiné pobytové služby apod. Pro případné doplnění informací kontaktujte prosím sociálního pracovníka z evidence žádostí, tel.: 286 587 351 – l. 245, e-mail: socialni@ddablice.cz.

XII. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Žadatel svým podpisem potvrzuje pravdivost údajů uvedených v žádosti.

V souladu s ustanovením zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluje žadatel svým podpisem souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání svých osobních údajů pro posouzení žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasí s tím, aby pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti (komise v zařízení) se seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejích přílohách.

Žadatel bere na vědomí, že aktuálnost údajů uvedených v žádosti a aktuálnost posudku praktického/ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele mohou mít vliv na průběh vyřizování žádosti, a že Domov proto doporučuje zasílání změn písemně na adresu pro elektronickou (doporučeno v důvěrném režimu) nebo listovní poštu:

Domov pro seniory Ďáblice
Kubíkova 1698/11
182 00 Praha 8
socialni@ddablice.cz

Žadatel bere na vědomí svou povinnost aktualizovat žádost podanou „do budoucna“ a to minimálně 1 x ročně. Nebude-li aktualizace provedena, žádost bude vyřazena z evidence žadatelů o pobytovou službu.

XIII. DOKUMENTY POTŘEBNÉ K ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- 1) **VYJÁDRĚNÍ lékaře** (příloha k žádosti o pobytovou službu, lze nahradit lékařskou zprávou praktického/ošetřujícího lékaře obsahující požadované údaje z tiskopisu) ne starší 3 měsíců.
- 2) **V případě ustanovení opatrovníka nebo jiné alternativy k omezení svéprávnosti** jako je zastupování žadatele členem domácnosti nebo poskytování nápomoci při rozhodování, žádáme o předložení příslušných potvrzení.

V dne

.....
podpis žadatele

*) výběr odpovědi označte křížkem - ☒