

# Žádost o poskytování pobytové sociální služby v Domově pro seniory Kaplice

(dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Žádost přijata dne:  
(vyplní DpS Kaplice)

## I. ÚDAJE O ŽADATELI:

1. Jméno a příjmení, titul

2. Datum narození

3. Státní příslušnost

4. Trvalé bydliště

Adresa trvalého pobytu:

Místo, kde se žadatel momentálně zdržuje:

5. Adresa pro doručování  
písemné korespondence

6. Kontaktní telefon

7. Žádám o umístění

(Označte vhodnou variantu)

Jednolůžkový pokoj

Dvoulůžkový pokoj

Jiná sdělení:

## II. PŘÍJMY (nepovinné údaje):

### 8. Druh důchodu

Invalidní

Vdovský

Starobní

Jiné sdělení:

### 9. Příspěvek na péči

Pobírám

Nepobírám

Zažádáno ode dne:

Žadatel je informován, že poskytovatel se může dohodnout na uzavření smlouvy o spoluúčasti na úhradě nákladů (dle § 71 odst. 3 zákona o sociálních službách) s osobou blízkou, popřípadě jinou fyzickou nebo právnickou osobou, pokud uživatel nemá vlastní příjem nebo jeho příjem nepostačuje na úhradu nákladů za poskytovanou sociální službu.

## III. DALŠÍ ÚDAJE:

### 10. Praktický lékař

Jméno, adresa, telefon:

## IV. KONTAKTNÍ OSOBY:

### 11. Jméno a příjmení

Adresa

Telefon

### 12. Zákonný zástupce žadatele / opatrovník (je-li ustanoven)\*

Jméno a kontakt na opatrovníka:

\* Nutné doložení kopie usnesení soudu /listiny o ustanovení opatrovníka.

## V. VYMEZENÍ SCHOPNOSTÍ ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY:

### 13. Schopnost zvládat samostatně základní životní potřeby



Sám



S dopomocí



Zabezpečuje druhá osoba

(Označte vhodnou variantu)

## VI. DALŠÍ POZNÁMKY:

Prosím, uveďte informace, které dále považujete za důležité.

### Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje mohou mít za následek odstoupení od smlouvy ze strany poskytovatele.

Svým podpisem uděluji také souhlas k tomu, že uvedené osobní a citlivé údaje budou zpracovány v rozsahu nezbytně nutném, a to v souladu s nařízením Evropského parlamentu a rady č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, a to až do doby jejich skartace.

- Dávám souhlas se zpracováním osobních údajů k administraci žádosti.
- V případě naplněné kapacity Domova pro seniory Kaplice žádám o zařazení žádosti do evidence žadatelů a k tomuto účelu uděluji souhlas se zpracováním svých osobních údajů, a to na dobu max. 5 let.



Ano



Ne



Ano



Ne

Uvedené souhlasy jsou odvolatelné dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679.

V případě zrušení žádosti ze strany žadatele bude žádost s veškerou doprovodnou dokumentací neprodleně skartována.

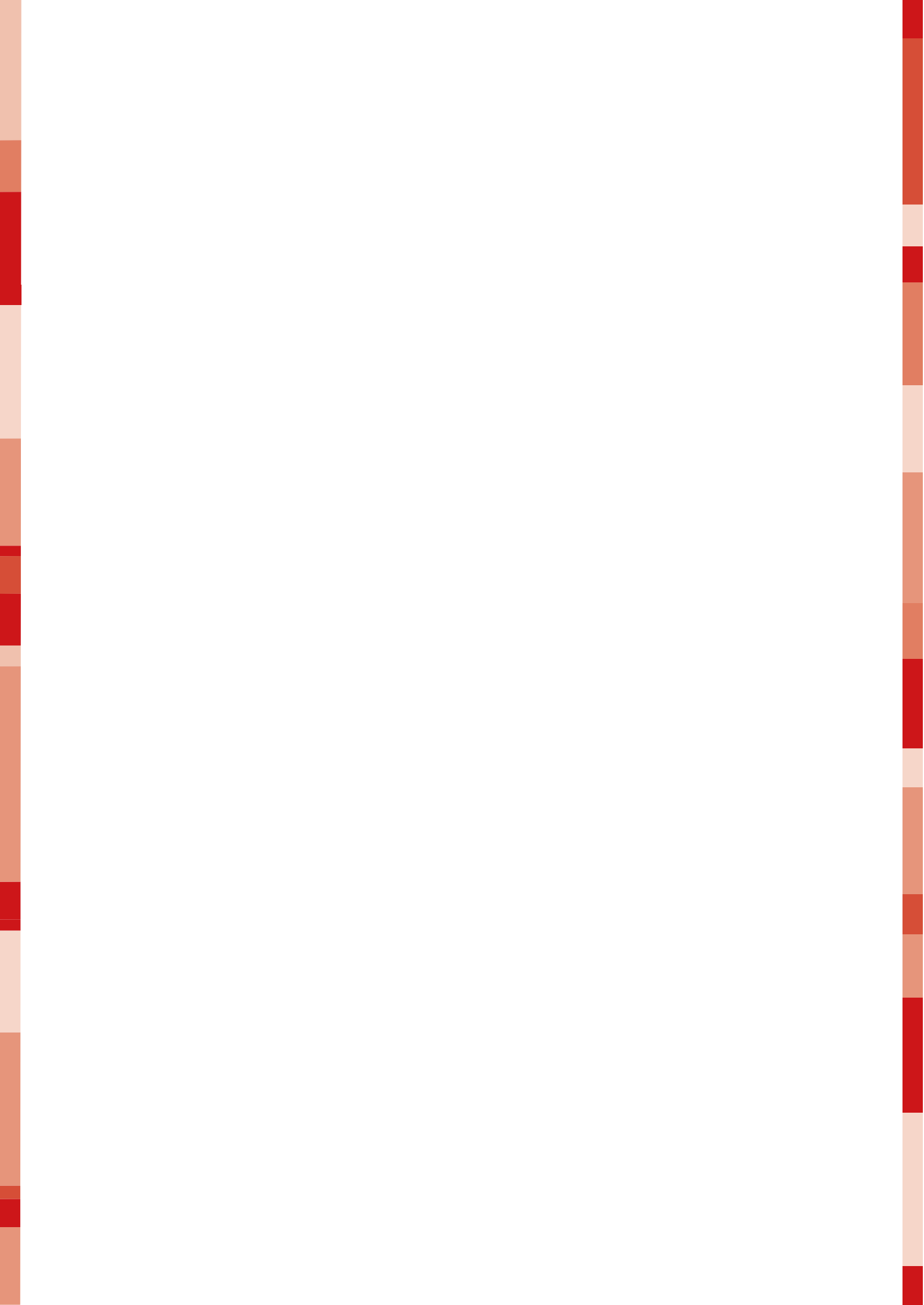
V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_



Podpis žadatele/zákonného zástupce

**Povinnou přílohou žádosti je vyplněné lékařské vyjádření o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu Domova pro seniory Kaplice.**



## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro poskytování pobytové sociální služby v Domově pro seniory Kaplice

1. Jméno a příjmení, titul

2. Rodné číslo

3. Trvalé bydliště

Ulice, č. p.:

Město:

PSČ:

**I. Anamnéza (úraz, operace, rodinná, osobní, pracovní):**

**II. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení status localis):**

**III. Důležité diagnózy pro přijetí do domova pro seniory:**

**IV. Indikovaná medikace** (pouze názvy léků pravidelného užívání):

**V. Duševní stav** (orientace místem, časem, osobou; projevy narušující soužití kolektivu):

**VI. Jsou stanovena nějaká hygienická opatření**  
(bacilonosičství, MRSA, atd.)?:

**VII. Dietní opatření a forma stravy:**

**VIII. Návyk na alkohol:**

**IX. Agresivita:**

**X. Noční aktivita:**

**XI. Jiné údaje:**

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis ošetřujícího/praktického lékaře

**VYPLŇUJE DOMOV PRO SENIORY:**

Vyjádření externího/spolupracujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do Domova pro seniory Kaplice:

Podpis a razítko lékaře