

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.

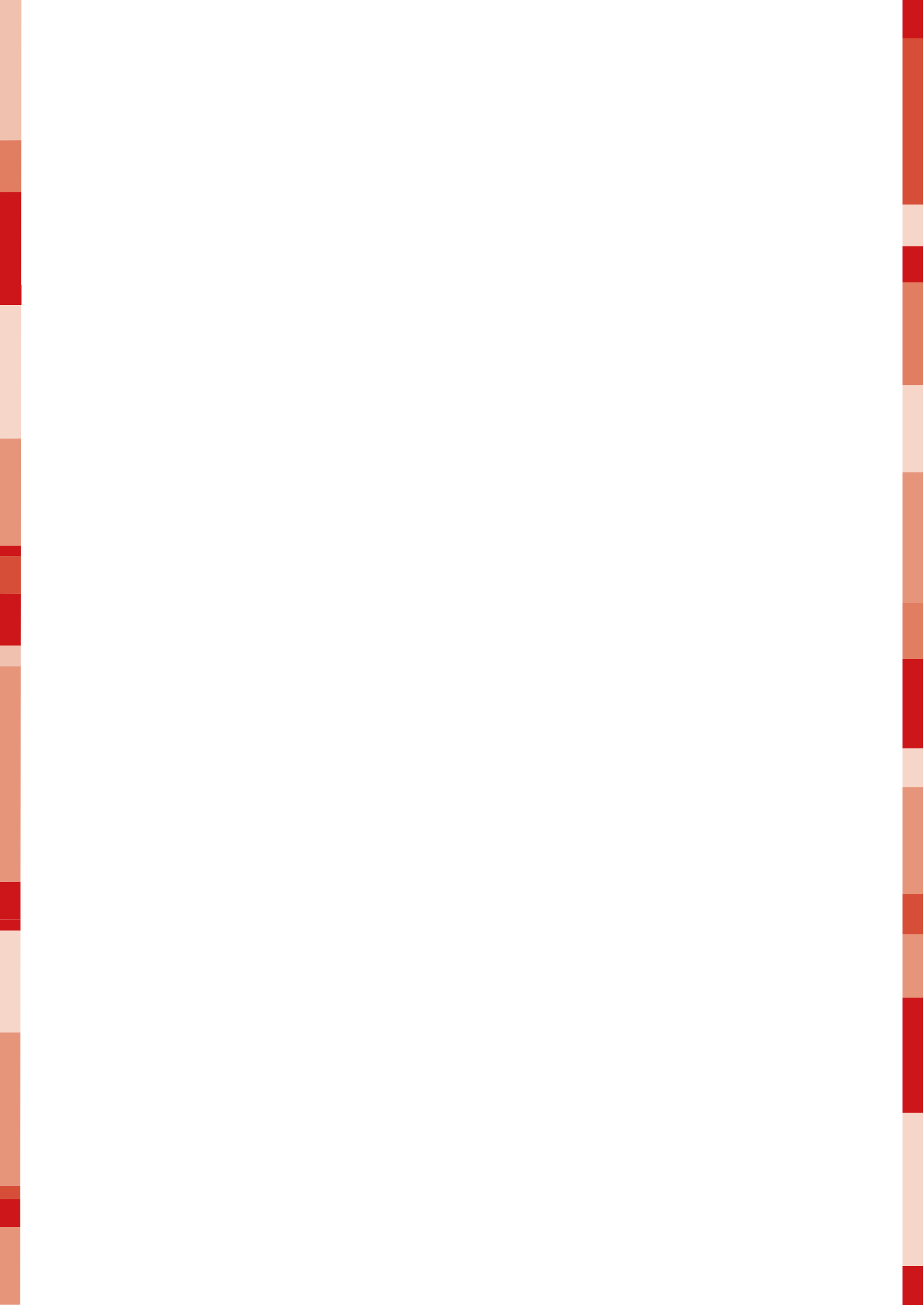
V _____

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