DOMOV PLUS

Domov Plus, příspěvková organizace
Míru 366, 382 41 Kaplice

tel.: 734 579 436, 606 755 081
www.domovkaplice.cz
podatelna@domovkaplice.cz
adresa pracoviště: Náměstí 45, 382 41 Kaplice

Organizaci zřizuje

Jihočeský kraj

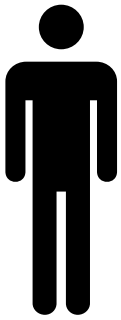
Žádost o poskytování pobytové sociální služby chráněné bydlení

(dle § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)



Žádost přijata dne:

I. ÚDAJE O ŽADATELI:



1. Jméno a příjmení

2. Datum narození

3. Státní příslušnost

4. Trvalé bydliště

5. Místo, kde se žadatel momentálně zdržuje

Pokud se liší od trvalého bydliště:

6. Kontaktní telefon

7. Omezená svéprávnost

☐ Plně svéprávný/á

☐ Omezená svéprávnost



Zákonný zástupce žadatele / opatrovník:

Nutné doložení kopie usnesení soudu / listiny o ustanovení opatrovníka.

II. VYMEZENÍ SCHOPNOSTÍ ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY:

8. Schopnost zvládat samostatně základní životní potřeby

Oblast činnosti	zvládnu /zvládne	zvládnu /zvládne s pomocí	nezvládnu /nezvládne	další informace
Příprava stravy				
Najíst se a napít				
Koupání /sprchování				
Péče o zuby, vlasy, nehty, vousy				
Toaleta				
Změna poloh - např. vstávání, usedání				
Chůze (i s pomůckou)				
Oblékání, obouvání				
Péče o prádlo				
Komunikace slovní				
Komunikace písemná				
Rozlišování známých a cizích osob				
Orientace v prostoru				
Obsluha běžných spotřebičů				
Vykonávání běžných domácích prací				
Manipulace se zámky a vypínači				
Otevírání/zavírání oken a dveří				
Mezi mé zájmy patří:				

Nerad/a dělám:

Očekávání a přání žadatele:



9. Navštěvujete školní / vzdělávací zařízení ☐ Ne ☐ Ano, jaké:

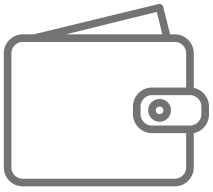
III. KONTAKTNÍ OSOBY:

Jméno a příjmení	Adresa, telefon	Vztah k žadateli

IV. PŘÍJMY (nepovinné údaje):

10. Přiznán invalidní důchod ☐ Ano ☐ Ne

Pokud nedosahuje výše příjmů na úhradu sociálních služeb, je rodina ochotná doplácet tento rozdíl (dle § 71 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):



☐ Ano ☐ Částečně ☐ Ne

Napište, kdo se bude podílet na úhradě:

11. Příspěvek na péči

☐ Pobírám

☐ Nepobírám: ☐ příspěvek v řízení ☐ příspěvek nepřiznán ☐ dosud nezažádáno

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 zpracováváním 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. → Ano ☐ Ne ☐

V případě naplněné kapacity chráněného bydlení 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 ☐

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.

Povinnou přílohou žádosti je vyplněné:

- **lékařské vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby chráněné bydlení**

V _____

Dne_____



_____

Podpis žadatele / zákonného zástupce

Domov Plus, příspěvková organizace
Míru 366, 382 41 Kaplice

tel.: 734 579 436, 606 755 081
www.domovkaplice.cz
podatelna@domovkaplice.cz
adresa pracoviště: Náměstí 45, 382 41 Kaplice

Organizaci zřizuje

Jihočeský kraj

Příloha: Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby chráněné bydlení

1. Jméno a příjmení	
2. Datum narození	

ANO - NE	diagnostikováno mentální postižení (např. dle MKN - 10: F70, F71, F72, F73, F78, F79)
ANO - NE	kombinované postižení
VYŽADUJE - NEVYŽADUJE	pro svůj zdravotní stav poskytování stálé zdravotní péče
TRPÍ - NETRPÍ	duševní poruchou, jejíž projevy mohou závažným způsobem narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití
TRPÍ - NETRPÍ	akutní infekční nemocí
KONZUMUJE - NEKONZUMUJE	nadměrně alkohol nebo zákonem zakázané návykové látky

Péče specializovaného oddělení
(např. neurologického, psychiatrického, interního apod.):

V případě diagnózy duševního onemocnění vypište konkrétní projevy a průběh tohoto onemocnění, noční aktivita apod. :

Dne_____

_____

Podpis ošetřujícího/praktického lékaře