



## **Žádost o umístění do Domova pro seniory Pacov**

<b>Žádost doručena dne:</b>	<b>Žádost zařazena do evidence dne:</b>	
	<b>Evidenční číslo:</b>	

### Údaje o žadateli

<b>Jméno</b>	<input type="text"/>	
<b>Příjmení</b>	<input type="text"/>	<b>Rodné příjmení</b> <input type="text"/>
<b>Datum narození</b>	<input type="text"/>	
<b>Rodinný stav</b>	<input type="text"/>	
<b>Telefonní kontakt</b>	<input type="text"/>	
<b>Adresa trvalého bydliště</b>	<input type="text"/>	
<b>Adresa pro doručování korespondence (pokud se liší od trvalého bydliště)</b>		
<input type="text"/>		
<b>Příspěvek na péči</b>	<b>Výše přiznaného příspěvku</b>	
<input type="checkbox"/> přiznán	<input type="checkbox"/> 880 Kč	
<input type="checkbox"/> nepřiznán	<input type="checkbox"/> 4 400 Kč	
<input type="checkbox"/> v řízení	<input type="checkbox"/> 8 800 Kč	
<input type="checkbox"/> podána žádost o navýšení	<input type="checkbox"/> 13 200 Kč	
<input type="checkbox"/> nežádán		

### Popis současné situace a důvod podání žádosti



### Údaje o kontaktní osobě

<b>Jméno</b>	<input type="text"/>
<b>Příjmení</b>	<input type="text"/>
<b>Telefonní kontakt</b>	<input type="text"/>
<b>E-mailová adresa</b>	<input type="text"/>
<b>Příbuzenský poměr k žadateli</b>	<input type="text"/>

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis kontaktní osoby: \_\_\_\_\_

### Údaje o opatrovníkovi, je-li stanoven

<b>Jméno</b>	<input type="text"/>
<b>Příjmení</b>	<input type="text"/>
<b>Telefonní kontakt</b>	<input type="text"/>
<b>E-mailová adresa</b>	<input type="text"/>
<b>Příbuzenský poměr k žadateli</b>	<input type="text"/>

Prosíme o podpis uvedené osoby jako vyjádření souhlasu s poskytnutím těchto údajů dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis opatrovníka: \_\_\_\_\_



### K žádosti nutno dodat

- vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele do Domova pro seniory Pacov
- v případě omezení ve způsobilosti k právním úkonům rozhodnutí soudu a kopii listiny o jmenování opatrovníka

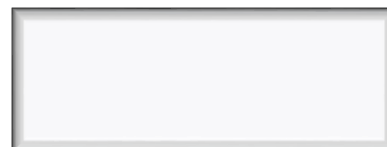
### Prohlášení žadatele

Žadatel/ka souhlasí s tím, aby Domov pro seniory Pacov shromažďoval osobní údaje o žadateli (dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů), a to v rozsahu nezbytně nutném za účelem vyhodnocení jeho žádosti v písemné podobě.

Žadatel/ka souhlasí s tím, že pověřené pracovníci poskytovatele mají právo seznámit se s jeho zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti.

Souhlas je dán po dobu, po níž bude žádost aktuální a dále po dobu, kdy bude u nás žadateli poskytována sociální služba na základě smlouvy.

Datum: \_\_\_\_\_



Podpis žadatele

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE  
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE DO DS-DD PACOV**

**Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel**  
**o umístění**

Žadatel

<b>Jméno</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
<b>Příjmení</b>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<b>Rodné příjmení</b>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
<b>Datum narození</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
<b>Adresa trvalého bydliště</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
<b>Diagnóza (česky)</b>			
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
<b>Hlavní:</b>			
<input style="width: 100%; height: 80px;" type="text"/>			
<b>Ostatní:</b>			
<input style="width: 100%; height: 120px;" type="text"/>			
<b>Objektivní nález (status praesens generali, v případě orgánového postižení i st. localis):</b>			
<input style="width: 100%; height: 120px;" type="text"/>			

**Duševní stav, případné projevy demence:**

**Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení ?** (např. plicního, neurologického, psychiatrického, otopedického, interního, protialkoholního atd.) Pokud ano, dodejte výsledky vyšetření.

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění:      ano                  ne

Pokud ano, pro jaké.....

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu:                  ano                  ne

Pokud ano, v jaké formě a kým:.....

Je žadatel schopen chůze :                                  ano                  ne                  s pomocí

Je žadatel upoután trvale na lůžko:                      ano                  ne

Je žadatel schopen sám sebe obsloužit:              ano                  ne                  s pomocí

Je žadatel schopen se najíst                              ano                  ne                  s pomocí

Je žadatel schopen sám jednat o svých osobních záležitostech                                  ano                  ne

Noční aktivita:    ano (jaká)                  ne

Používá kompenzační pomůcky:                      ano (jaké)                  ne

Používá inkontinentní potřeby:                      trvale                  jen v noci                  ne

Označte křížkem platnou odpověď:

**Zdravotní stav žadatele**

- vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

**Osoba**

- je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb – netrpí akutní infekční chorobou (případně infekční a parazitární chorobou, kožní chorobou, svrabem, tuberkulózou, pohlavní nemocí v akutním stadiu)
- není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční choroby
  
- hrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
- nehrozí, že by osoba mohla ohrožovat sama sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
  
- hrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- nehrozí, že by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

Vyjádření lékaře, zda je žadatel schopen jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb a následně ji podepsat.

ANO

NE

Datum:



podpis a razítko praktického lékaře