



Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem Pacov

Žádost doručena dne:	Žádost zařazena do evidence dne:	
	Evidenční číslo:	

Údaje o žadateli

Jméno	<input type="text"/>	
Příjmení	<input type="text"/>	Rodné příjmení <input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	
Rodinný stav	<input type="text"/>	
Telefonní kontakt	<input type="text"/>	
Adresa trvalého bydliště	<input type="text"/>	
Adresa pro doručování korespondence (pokud se liší od trvalého bydliště)		
<input type="text"/>		
Příspěvek na péči	Výše přiznaného příspěvku	
<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



DŮM SENIORŮ – DOMOV DŮCHODCŮ

příspěvková organizace

Malovcova 1080, 395 01 Pacov

IČO: 638 93 703 | **web:** www.dsddpacov.cz

Údaje o kontaktní osobě

Jméno

Příjmení

Telefonní kontakt

E-mailová adresa

Příbuzenský poměr k žadateli

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

Jméno

Příjmení

Telefonní kontakt

E-mailová adresa

Příbuzenský poměr k žadateli

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 se zvláštním režimem Pacov
- v případě omezení ve způsobilosti k právním úkonům rozhodnutí soudu a kopii listiny o jmenování opatrovníka

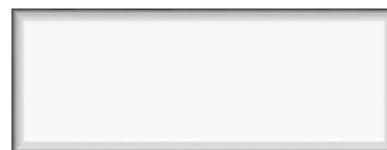
Prohlášení žadatele

Žadatel/ka souhlasí s tím, aby Domov se zvláštním režimem 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

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

ANO

NE

Datum:



podpis a razítko praktického lékaře