ŽÁDOST O PŘIJETÍ

do DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

 *\*) vyplní sociální pracovník*

|  |  |
| --- | --- |
| **Žádost přijata dne** |  |
| **Evidenční číslo žádosti** |  |

*\*) vyplní žadatel*

 *hodící se zakroužkujte*

|  |
| --- |
| **Osobní a kontaktní údaje žadatele** |
| Příjmení a jméno žadatele |  |
| Rodné příjmení |  |
| Datum narození |  | Rodné číslo |  |
| Místo a okres narození |  |
| Trvalé bydliště, PSČ |  |
| Adresa současného pobytu |  |
| Korespondenční adresa |  |
| Telefonní kontakt na žadatele |  | E-mail na žadatele |  |
| Státní příslušnost |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |
| Rodinný stav | svobodný(-á) | ovdovělý(-á) | rozvedený(-á) | ženatý/vdaná |
| Příjmení a jméno manžela |  |
| Vzdělání |  základní | vyučen (-a) | středoškolské | vyšší odborné | vysokoškolské |
| Bydlení | sám | s manželem(-kou) nebo s druhem(-žkou) | s rodinou |
| Současný pobyt v jiném zařízení poskytujícím jakoukolivsociální službu | ano | ne |
| ve kterém |  |
| od  |  | do  |  |

*\*) vyplní žadatel*

|  |
| --- |
| **Lékařská péče o žadatele** |
| **Praktický lékař** |  |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa  |  |
| Telefon |  |
| **Další odborní lékaři (např. kardiolog, diabetolog)** |  |
| Jméno a příjmení, odbornost  |  |
| Jméno a příjmení, odbornost |  |
| Jméno a příjmení, odbornost |  |
| Jméno a příjmení, odbornost |  |

*\*) vyplní žadatel, případně zákonný zástupce/opatrovník*

|  |
| --- |
| **Omezení svéprávnosti** |
| Omezení svéprávnosti | ano | ne |
| Příjmení a jméno opatrovníka |  |
| Adresa bydliště opatrovníka |  |
| Telefon opatrovníka |  |
| **UPOZORNĚNÍ** – v případě omezení svéprávnosti žadatele přiložte kopii rozhodnutí soudu. |

|  |
| --- |
| **Kontaktní osoba – člověk blízký, se kterým lze jednat ohledně žádosti o službu i během poskytování služby** |
| **Hlavní kontaktní osoba** |  |
| Příjmení a jméno |  |
| Vztah k žadateli |  |
| Adresa  |  |
| Telefon  |  | E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Další kontaktní osoba** |  |
| Příjmení a jméno |  |
| Vztah k žadateli |  |
| Adresa |  |
| Telefon |  | E-mail  |  |

|  |
| --- |
| **Čím žadatel odůvodňuje potřebu poskytování pobytové sociální služby** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 Osobnostní dotazník žadatele

*\*) vyplní žadatel*

 *hodící se zakroužkujte*

|  |
| --- |
| **Schopnost sebeobsluhy** |
| Najedení | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Napití | samostatně | nutno připomínat | neschopen |
| Oblékání | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Umytí, osob. hygiena | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Péče o zevnějšek | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Chůze po rovině | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Chůze do-ze schodů | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Procházky | samostatně | s pomocí | neschopen |
| Nákupy | samostatně | s pomocí | neschopen |

|  |
| --- |
| **Orientace** |
| Osobou | ano | částečná | ne |
| Časem | ano | částečná | ne |
| Prostředím | ano | částečná | ne |
| V situaci | ano | částečná | ne |

|  |
| --- |
| **Ostatní osobnostní dotazy** |
| Inkontinence | močová (den – noc) | stolice (den – noc)  |
| Schopnost komunikace | bez potíží | s obtížemi | porucha řeči |
| Sluch | normální | nedoslýchavost | neslyšící |
| Zrak | normální | zhoršené vidění | nevidomý/á |
| Vztah ke společnosti | samotář | společenský typ |
| Porucha paměti | ne | ano (krátko – dlouhodobá) |
| Kouření | ne | ano |

|  |  |
| --- | --- |
| Zájmy, koníčky |  |
| Co žadatele zneklidňuje/uklidňuje |  |
| Osoby, na které je žadatel vázán (jejich vztah k žadateli) |  |
| Prostor pro Vaše poznámky nebo doplnění žádosti |  |

Prohlášení a souhlasy

Souhlasím se zařazením Žádosti o přijetí do Evidence žadatelů, pokud v uvedeném zařízení nebude aktuálně volné místo:

**ANO – NE**

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje vyplnil (-a) pravdivě a dle aktuálních skutečností.

Svým podpisem dávám souhlas ke zjišťování a shromažďování osobních i citlivých údajů podle příslušných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracovávání osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu, po kterou bude žádost v pořadníku žadatelů a případně po celou dobu poskytování příslušné sociální služby až do doby archivace a skartace.

Datum vyplnění žádosti: ……………………………

……………………………………………… ………………………………………..…

 *podpis žadatele příjmení, jméno a podpis vyplňující osoby*

 *(v případě, že nevyplňuje žadatel sám)*

**Nutná příloha – Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

* *v případě, že Vám nebudou stačit předtištěná pole, doplňte na čistý samostatný list*
* *pokud Vám nebudou některé dotazy srozumitelné, požádejte sociálního pracovníka o pomoc s vyplněním žádosti*