**Žádost o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Pilníkov**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ……………………………………………… ….........................................................  **Evidenční číslo žádosti Datum podání žádosti a razítko**  **Domova pro seniory Pilníkov** | | | |
| **1. Žadatel:**  Příjmení jméno titul | | | |
| **2. Narozen:**  Den, měsíc, rok místo okres | | | |
| **3. Současné bydliště:** | | | |
| **4. Adresa pro zasílání korespondence:** | | | |
| **5. Kontakntí údaje:**  Telefonní číslo email | | | |
| **6. Příspěvek na péči: pobírá - nepobírá - zažádáno** | | | |
| **7. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v zařízení?** | | | |
| **9. Dosavadní způsob zajištění péče?** | | | |
| **10. Kontaktní osoby:** | | | |
| Jméno a příjmení | Příbuzenský vztah k žadateli | | Adresa, telefonní kontakt, email |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **11. Zákonný zástupce, opatrovník (je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům rozhodnutím soudu)** | | | |
| Jméno a příjmení opatrovníka: | | adresa: | |
|  | | telefon: | |
| **12. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**  Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.  Beru na vědomí, že nedílnou této žádosti je Vyjádření lékaře o zdravotním stavu.  Souhlasím, aby údaje v žádosti a posudku lékaře byly použity pro účely přijetí do Domova pro seniory Pilníkov.  Souhlasím s provedením sociálního šetření.  Souhlasím se zařazením do evidence žadatelů na umístění v případě, že je v době podání mé žádosti naplněna kapacita sociální služby.  Svým podpisem stvrzuji, že mi byly poskytnuty informace o zpracování osobních a citlivých údajů z této žádosti, včetně přílohy ve smyslu čl. 13 Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 (GDPR) zveřejněním na webu Domova pro seniory Pilníkov: www.dpspilnikov.cz.  ……………………………………………………………………………………..  Vlastnoruční podpis žadatele nebo zákonného zástupce | | | |
| **Nevyplňujte** (pro účely Domova pro seniory Pilníkov) | | | |
| **Žádost zařazena do evidence: ANO NE**  **Důvod v případě zamítnutí:** | | | |
| **Písemné vyrozumění dne:** | | | |

**Vyjádření lékaře**

**o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Pilníkov**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vyjádření lékaře je nedílnou součástí žádosti  **Formulář vyplňte čitelně, nejlépe hůlkovým písmem** |

|  |
| --- |
| **1. Žadatel:**  Příjmení jméno titul |
| **2. Narozen:**  Den, měsíc, rok |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Zdravotní pojišťovna žadatele/ky:** | | |  | |
| **4. Lékař:**  Jméno | | | Adresa  Telefon | |
| **5. Žadatel/ka trpí níže uvedenými zdravotními potížemi, která vylučují přijetí do Domova pro seniory:** | | | | |
| a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení | | | **ANO NE** | |
| b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci | | | **ANO NE** | |
| c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití | | | **ANO NE** | |
| **6. Vyžaduje zdravotní stav žadatele/ky pomoc a péči 24h denně?** | | | **ANO NE** | |
| **7. Potřeba lékařského ošetření** | | | **TRVALE OBČAS** | |
| **8. Potřeba specializované péče a pomůcek (např. PEG, stomie, oxygenátor, odsávačka …):** | | | | |
| **9. Je žadatel/ka pod dohledem specialisty nebo odborného pracoviště (např. plicní, neurologie, psychiatrie, kardiologie, diabetologie …):** | | | | |
| **10. Celkové posouzení zdravotního stavu:** | | | | |
| Dne: | podpis ošetřujícího lékaře | | | razítko |
| **7. Vyjádření smluvního lékaře Domova pro seniory Pilníkov o vhodnosti umístění žadatele do sociálního zařízení:** | | | | |
| Dne: | | podpis, razítko | | |