**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 |