

DOMOV DŮCHODCŮ ČERNOŽICE

Revoluční 84, 503 04 Černožice
IČ 00579017, právní forma: příspěvková organizace Královéhradeckého kraje
tel.: 495 705 211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

Datum podání, razítko

DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO Kladné VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI A ADEKVÁTNÍHO POSOUZENÍ NEPŘÍZNIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACE ŽADATELE.

Vážení žadatelé o službu,

aby mohla být Vaše nepříznivá sociální situace řádně posouzena, věnujte prosím velkou pozornost vyplnění všech údajů v žádosti. **Žádosti neúplné či bez odpovídajících příloh nemohou být akceptovány.**

Nezbytnou přílohou pro žadatele služby Domov pro seniory je vyjádření lékaře o zdravotním stavu
Nezbytnou přílohou pro žadatele služby Domov se zvláštním režimem je vyjádření lékaře o zdravotním stavu a odborníkem (zpravidla neurologem nebo psychiatrem) potvrzeno onemocnění demence.

Žádost může podepsat pouze žadatel o službu, případně jeho zástupce (na základě ověřené plné moci nebo ustanovením soudu - **příslušné dokumenty, které toto potvrzují, přiložte k žádosti**). Není-li žadatel schopen podpisu, je třeba toto **doložit lékařským potvrzením**. Žadatel musí s podáním žádosti souhlasit.

Žádost můžete doručit osobně, zaslat poštou případně naskenovanou e-mailem. Po předchozí telefonické domluvě si můžete naše zařízení prohlédnout.

Děkujeme za pochopení.

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO*

- a) **Domov pro seniory** (je určen seniorům od 65 let věku, kteří jsou **těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby**. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu věku nebo dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.)
- b) **Domov se zvláštním režimem** (je určen seniorům od 60 let věku, kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby, jimž bylo **odborníkem zpravidla z oboru psychiatrie nebo neurologie diagnostikováno onemocnění demence**. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti v důsledku onemocnění demence nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.)

* označte požadovanou službu

1. ÚDAJE O ŽADATELI		
Příjmení:	Jméno:	Titul:
Den, měsíc a rok narození:		
Adresa trvalého bydliště:		
Telefon:		
Vazba na Královéhradecký kraj:*		
<i>*Služby jsou určeny seniorům, kteří mají bydliště v Královéhradeckém kraji, případně prokázanou vazbu na kraj (narodili se zde, příbuzní zde žijí)</i>		
Současný pobyt (pokud se liší od adresy trvalého bydliště)		
Státní občanství		
2. ÚDAJE O SOCIÁLNÍ SITUACI ŽADATELE		
Žadatel bydlí: sám	s manželem/kou, druhem/družkou	
s dětmi/vnoučaty	s jinou osobou	
ČÍM ŽADATEL ODŮVODŇUJE NUTNOST SVÉHO UMÍSTĚNÍ V POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ? (proč již není možný pobyt v přirozeném sociální prostředí žadatele)		

ŽADATEL POTŘEBUJE POMOCI S (označte, co nejlépe vystihuje Vaši situaci, případně doplňte krátký popis situace)

<ul style="list-style-type: none">* Stravování- zvládám sám- sám si nepřipravím, ale najím se- sám si nepřipravím, ani se nenajím* Mobilita- po bytě chodím sám/s holí- po bytě se pohybuji s chodítkem/na vozíku- pohybuji se pouze s pomocí druhé osoby- mimo byt s doprovodem- upoután na lůžko* Hygiena, koupání- zvládám sám- se slovními instrukcemi se umyji- umyji se sám, potřebuji dohled- sám si umyji jen část těla- nezvládnou se umýt vůbec* Pomoc při péči o vlasy a nehty- zvládám sám- zvládám s pomocí- nezvládám* Pomoc při použití WC- zvládám sám- potřebuji pomoci (doprovod na WC, hygiena po WC, toaletní židle u postele)- jsem plně inkontinentní, nezvládám* Orientace, rizika- bloudění v bytě- bloudění mimo domov- nepoznávám blízké osoby- časté pády (min. 1x týdně)- opakované zapomínání na vypnutí plynu, pouštění vody, elektrospotřebičů- problém s nedostatečným přijímáním tekutin (neuvědomuji si, že bych se měl/a napít)- problém s nedostatečným přijímáním stravy (neuvědomuji si, že bych se měl/a najíst)- polykací obtíže (strava musí být kašovitá, mám PEG)- cítím se osamělý	<ul style="list-style-type: none">* Úklid a péče o domácnost- zvládám sám- zvládám drobné práce (např. umýt nádobí)- nezvládám* Nakupování- zvládám sám- zvládám s pomocí druhé osoby- nezvládám* Podávání léků- léky si beru i připravuji sám- léky mi někdo uchystá, sám si je beru- léky si sám neuchystám, musí mi být dány do ruky- léky si neuchystám, musí mi být vloženy do úst* Hospodaření s penězi- zvládám sám- zvládám s pomocí- sám si nehospodařím* Komunikace s úřady- zvládám sám- zvládám s pomocí (doprovodem)- nezvládám* Oblékání a svlékání- zvládám sám- obléknu se, ale potřebuji pomoci s knoflíky, ponožkami, botami- obléknu si pouze horní/spodní polovinu- neobléknu se- potřebuji pomoci s výběrem oblečení (adekvátně k počasí)
---	--

S výše uvedeným mi v současné době pomáhá:*

- Rodina, jiná blízká osoba
- Pečovatelská služba – jak často, název poskytovatele

<ul style="list-style-type: none"> - Odlehčovací služba – jak často - Osobní asistence - jak často, název poskytovatele - Pobytová služba (domov pro seniory, domov se zvl. režimem) - Zdravotnické zařízení (LDN, PL) 			
4. OSTATNÍ			
Máte přiznaný příspěvek na péči?		ANO – NE - ZAŽÁDÁNO	
Pokud ano v jakém stupni?			
I. II. III. IV.			
Svoji situaci vnímám jako			
* Akutní (do domova nastoupím do 10 dnů od nabídky uvolněného lůžka)			
* Preventivní (dokud to půjde, rád/a bych byl/a ještě doma)			
Měl/a bych zájem o pokoj			
*Jednolůžkový (pouze na domově se zvláštním režimem)		*Dvoulůžkový	
*Souhlasím		*Nesouhlasím	
<i>S předáním mých údajů (jméno, příjmení, bydliště, místo současného pobytu, kontaktní údaje, průběh léčebné a sociální péče včetně informace o hospitalizacích, údaje týkající se svéprávnosti, nepříznivá sociální situace) dalším poskytovatelům sociálních/zdravotních služeb a příslušným místním úřadům za účelem řešení mé situace. Tento souhlas je dobrovolný a lze jej kdykoli odvolat.</i>			
4. KONTAKTNÍ OSOBY, KDO MI S ŽÁDOSTÍ POMÁHÁ			
Jméno a příjmení	vztah k žadateli	Telefon E-mail	
<i>Vyplněním těchto údajů dává kontaktní osoba žadatele souhlas s jejich využitím při zpracování a evidenci žádosti.</i>			
5. ZASTUPOVÁNÍ ŽADATELE			
Omezení svéprávnosti	ANO	NE	V ŘÍZENÍ
Kontaktní údaje opatrovníka:			
Zastoupení na základě plné moci	ANO	NE	
Kontaktní údaje zmocněnce:			
Jiná forma zastoupení, uveďte jaká včetně údajů zástupce			

5. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/ZÁSTUPCE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a podle skutečnosti. Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Účelem sběru těchto dat je posouzení nepříznivé sociální situace za účelem přijetí do Domova důchodců Černožice. Uvedené údaje budou použity výhradě pro potřeby Domova důchodců Černožice (vyjma udělení souhlasu s předáním informací třetím osobám) v řízení pro přijetí do pobytové sociální služby.

V..... Dne.....

.....
Vlastnoruční podpis žadatele/zástupce

Dále vyplní sociální pracovníce Domova důchodců Černožice

Žádost je kompletní (včetně příloh)

ANO

NE – chybí

Kompletní žádost doručena dne

Poznámky