

Datum podání – razítko:

Žádost o přijetí do domova se zvláštním režimem

Domov poskytuje pobytovou službu sociální péče osobám od 40 let věku, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, onemocnění stařecké demence, Alzheimerovy demence či ostatních typů demencí. Nepříznivá sociální situace těchto osob vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

K samotné žádosti je NUTNÉ PŘILOŽIT:

- 1) Výpis ze zdravotnické dokumentace od praktického lékaře
- 2) Zprávu odborného lékaře (psychiatr, neurolog), která potvrzuje diagnózu onemocnění demence a nesmí být starší než **6 měsíců**

Nepříznivá sociální situace klienta spočívá ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti a v důsledku onemocnění demence, kterou již nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.

Žádost je možné doručit osobně nebo zaslat poštou, popř. na email sociálních pracovníků. Po předchozí telefonické domluvě si můžete naše zařízení předem prohlédnout. V případě, že potřebujete pomoci s vyplněním žádosti, domluvte si schůzku se sociální pracovníky na telefonních číslech, uvedených v kontaktech na našich webových stránkách.

Údaje o žadateli

Jméno a příjmení,

popř. titul žadatele:

Datum narození:

Státní příslušnost:

Další údaje o žadateli

Trvalý pobyt žadatele:

Místo aktuálního pobytu žadatele:

*Např. u rodinného příslušníka,
zdravotnické zařízení apod.*

Telefon na žadatele:

Vazba na Královéhradecký kraj: <i>Služby jsou určeny žadatelům, kteří mají bydliště v Královéhradeckém kraji, případně prokázanou vazbu na kraj)</i>	VYBERTE VHODNOU VARIANTU: <input type="checkbox"/> Bydliště žadatele v KHK <input type="checkbox"/> Bydliště zájemce mimo KHK, ale osoby blízké mají bydliště v KHK <input type="checkbox"/> Bydliště zájemce i osob blízkých mimo KHK
Kontaktní osoby, kdo mi s žádostí pomáhá Tzv. Kontaktní osoba <i>* Vyplněním těchto údajů dává kontaktní osoba žadatele souhlas s jejich využitím při zpracování a evidenci žádosti</i>	1. Jméno a příjmení:
	Vztah k žadateli:
	Telefon:
	E-mail:
	2. Jméno a příjmení:
	Vztah k žadateli:
	Telefon:
	E-mail:
Je žadatel omezen na svéprávnosti?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PROBÍHÁ ŘÍZENÍ U OKRESNÍHO SOUDU

Jestliže má žadatel ustanoveného opatrovníka, prosím vyplňte!	Jméno a příjmení:
	Telefon:
	E-mail:
Zastoupení na základě plné moci?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Jestliže má žadatel zmocněnce, prosím vyplňte!	Jméno a příjmení:
	Telefon:
	E-mail
Jiná forma zastoupení?	Jméno příjmení:
	Telefon:
	E-mail:
Máte přiznaný příspěvek na péči?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> V ŘÍZENÍ
Jestliže máte přiznan příspěvek na péče, který stupeň?	<input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV.
<p>ČÍM ŽADATEL ODŮVODŇUJE NUTNOST SVÉHO UMÍSTĚNÍ V POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ? (<i>proč již není možný pobyt v přirozeném sociální prostředí žadatele, kdo Vám v současné době pomáhá (pečovatelská služba apod.), Vypište co nejpodrobněji!</i>)</p>	

Souhlasím / Nesouhlasím

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.**

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 Černožice. Uvedené údaje budou použity výhradě pro potřeby Domova (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 Černožice

Žádost je kompletní (včetně příloh)

ANO / NE - chybí

Kompletní žádost doručena dne:

Poznámky: