



RUKA POMOCI A NADĚJE

SLEZSKÁ HUMANITA, obecně prospěšná společnost
Sokolovská 1761, 735 06 Karviná – Nové Město
IČ 42864917
www.slezkahumanita.cz

Datum přijetí žádosti:

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY **SLEZSKÉ HUMANITY, obecně prospěšné společnosti**

v Karviné* v Orlové* v Českém Těšíně* v Horní Suché*

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

Příjmení a jméno žadatele:

Datum narození: **Stav:**

Státní příslušnost: **Číslo telefonu:**

Trvalý pobyt:

Současný pobyt:

Příspěvek na péči*:

<input type="checkbox"/> I. stupeň – 880,-Kč	<input type="checkbox"/> v řízení
<input type="checkbox"/> II. stupeň – 4.400,-Kč	<input type="checkbox"/> nepřiznán
<input type="checkbox"/> III. stupeň – 8.800,-Kč	<input type="checkbox"/> nežadán
<input type="checkbox"/> IV. stupeň – 13.200,-Kč	

Žádost podává*:

žadatel

jiná osoba v zastoupení na základě plné moci (přiložte kopii plné moci)
→ jméno a příjmení zmocněnce:

opatrovník (přiložte kopii rozhodnutí soudu)
→ jméno a příjmení opatrovníka:

KONTAKTNÍ OSOBY: (rodinní příslušníci, zmocněnec, opatrovník)

jméno a příjmení	vztah	adresa	telefon	email
-------------------------	--------------	---------------	----------------	--------------

.....

.....

.....

PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE:

jméno a příjmení	adresa	telefon
-------------------------	---------------	----------------

.....

* Vyberte jednu z možností

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI: (proč žádáte o umístění v domově pro seniory, s jakými činnostmi potřebujete pomoci, co od naší služby očekáváte)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prohlášení žadatele nebo osoby, která jej zastupuje:

1. Žadatel prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.
2. Žadatel bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti o přijetí (vyjádření lékaře, poštovné) si hradí ze svých prostředků.
3. Žadatel bere na vědomí, že veškeré změny, které mají vliv na poskytování pobytové sociální služby, neprodleně oznámí poskytovateli.
4. Žadatel je povinen minimálně 1x ročně kontaktovat poskytovatele a tím žádost aktualizovat.
5. Žadatel, v souladu se zákonem č.101/2000Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasí se zpracováním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném k vyřízení předmětné žádosti.
6. Tato žádost je evidována organizací po dobu 3 let.

V, dne

Vlastnoruční podpis žadatele:

Podpis zmocněnce nebo opatrovníka:

(jako přílohu žádosti doložte prosím kopii plné moci nebo rozhodnutí soudu o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům)

Nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu.

Vyplněnou Žádost o přijetí do domova pro seniory SLEZSKÉ HUMANITY, obecně prospěšné společnosti doručte na adresu uvedenou v záhlaví žádosti.

* Vyberte jednu z možností



RUKA POMOCI A NADĚJE

SLEZSKÁ HUMANITA, obecně prospěšná společnost
Sokolovská 1761, 735 06 Karviná – Nové Město
IČ 42864917
www.slezkahumanita.cz

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu

(Příloha k Žádosti o přijetí do domova pro seniory SLEZSKÉ HUMANITY, obecně prospěšné společnosti)

Příjmení a jméno žadatele:

Datum narození: **Pojišťovna:**

Osobní anamnéza, diagnózy:

.....
.....
.....
.....
.....

Duševní stav: (orientovanost, projevy narušující kolektivní soužití, agresivita a další)

.....
.....
.....
.....

Současná terapie: (vypište veškerou medikaci včetně dávkování)

.....
.....
.....
.....

- Dieta*:**
- racionální
 - diabetická
 - jiná – jaká:
 - PEG
 - sonda

* Vyberte jednu z možností

DŮLEŽITÉ ÚDAJE:

Stav pokožky, defekty, převazy:

Dekubity:

Vyšetření MRSA – datum: výsledek:

Tělesná hmotnost: TK:

Alergie*: ano – jaká: ne

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění*: ano – jaké: ne

Potřebuje zvláštní péči*: ano – jakou (stomie, perm. katetr, nefrostomie): ne

Návykové látky*: žádné kouření alkohol jiné -

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ*: ano – jakého: ne

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, diabetologického, kardiologického, urologického)

Pobývá se*: samostatně s pomocí jiné osoby/kompenzační pomůcky imobilní

Inkontinence*: moč moč i stolice občas trvale

Je schopen se sám obsloužit*: ano ne

Zrak*: normální zhoršený zbytky zraku nevidomost

Sluch*: normální zhoršený zbytky sluchu hluchota

Používá kompenzační pomůcky*: invalidní vozík chodítka hole
 brýle naslouchátko jiné:

Je schopen se vlastnoručně podepsat*: ano ne

Je schopen porozumět mluvenému slovu*: ano ne

Klient je přizpůsobivý a jeho umístění do domova pro seniory je vhodné*: ano ne

Dle vyhlášky č.505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona č.108/2006Sb. o sociálních službách, §36 poskytnutí pobytové služby se vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízeních sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci nebo
- c) chování osoby by z důvodů duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

V, dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:

* Vyberte jednu z možností