



**SLEZSKÁ HUMANITA, obecně prospěšná společnost**  
Čajkovského 2468/2b, 734 01 Karviná Mizerov  
IČ 42864917

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: ..... 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,-	<input type="checkbox"/> nežádán
<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: .....

*\* Prosím zatrhněte*

### **KONTAKTNÍ OSOBY:** (rodinní příslušníci, zmocněnec, opatrovník)

<b>jméno a příjmení</b>	<b>vztah</b>	<b>adresa</b>	<b>telefon</b>	<b>email</b>
.....				
.....				

### **PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE:**

<b>jméno a příjmení</b>	<b>adresa</b>	<b>telefon</b>
.....		

**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 s nařízením EP a Rady (EU) č. 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, 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 omezení ve způsobilosti k právním úkonům)

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

**Pokud do 14-ti dnů od zaslání žádosti nebo jejího předání pověřeným osobám neobdržíte vyrozumění o nezařazení žádosti do seznamu žadatelů, můžete považovat tuto žádost za přijatou a zařazenou do naší evidence!!!**

*Nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu.*

\*Prosím zatrhněte

## 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:** (vypíšte veškerou medikaci, včetně dávkování) .....

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

**Dieta:** .....  
 racionální\*  
 diabetická\*  
 jiná – jaká:.....  
 PEG  
 sonda

### **DŮLEŽITÉ ÚDAJE:**

Stav pokožky, defekty, převazy: .....

Dekubity: .....

Vyšetření MRSA – datum: ..... výsledek: .....

\* Prosím zatrhněte

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)

Pohybuje 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  chodítko  hole

brýle  naslouchadlo  jiné: .....

Je schopen se vlastnoručně podepsat\*:  ano  ne

Je schopen porozumět mluvenému slovu\*:  ano  ne

**Klient je přízpůsobivý 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:** .....