Kotva při strakonické nemocnici, z. s.
Domov se zvláštním režimem
Radomyšlská 336, 386 01 Strakonice

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

***Pozn.:** řádky označené * jsou nepovinné údaje*

řádky označené** □ **vyberte a odpovídající údaj zaškrtněte

Den podání žádosti (vyplňuje Poskytovatel)**:** ……..

Číslo žádosti (vyplňuje Poskytovatel)**:** ……

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení, titul: ……

Datum narození: ……

***Rodné číslo:** …… ***Místo narození:** ……

Adresa trvalého bydliště: ……..

Adresa skutečného pobytu: (kde se aktuálně zdržujete, např. u příbuzných, LDN apod.)

……

***Adresa pro doručování:** (pokud se liší od adresy trvalého bydliště)

……

***Telefonní kontakt na žadatele, e-mail:** ……..

……

KONTAKTNÍ OSOBA, na kterou se můžeme obrátit

***Jméno, příjmení, titul:** ……

***Vztah k žadateli: ……**

***Kontaktní adresa: ……**

***Telefonní kontakt, e-mail:** ……

……

*** TYP ZASTOUPENÍ ŽADATELE**

- ☐ Omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka
- ☐ Ustanovení opatrovníka bez omezení svéprávnosti
- ☐ Zastoupení členem domácnosti
- ☐ Nápomoc při rozhodování
- ☐ Zastoupení na základě ověřené plné moci
- ☐ Bez zastoupení

ZDŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI

Důvod podání žádosti: (proč žádáte o pobytovou službu)

……

……

Uveďte, co od nabízené služby očekáváte / váš cíl: (jak si pobyt představujete)

……

……

***Přání, požadavky, upozornění:**

……

……

AKTUÁLNÍ SITUACE ŽADATELE

Finanční příjem žadatele:

- □ invalidní důchod □ I. stupeň □ II. stupeň □ III. stupeň
- □ starobní důchod
- □ *příspěvek na péči □ I. stupeň □ II. stupeň □ III. stupeň □ IV. stupeň
  □ zažádáno □ NE
- □ *ostatní příjmy žadatele: …….

***Žadatel doposud žije**: (ve společné domácnosti s rodinou, v pobytovém zařízení apod.)

……

……

***Rodinný stav:**

- □ svobodná/ý □ rozvedená/ý
- □ vdaná/ženatý □ ovdovělá/ý

***Rodinní příslušníci, příbuzní, osoby blízké žadateli (popř. telefonní kontakt):**

……

……

……

***Pohyblivost:**

□ dobrá □ s obtížemi □ s kompenzační pomůckou □ trvale na lůžku

□ hole

□ chodítko

□ invalidní vozík

□ jiné ……

Schopen samostatné chůze bez cizí pomoci: □ ANO □ NE

***Orientace:**

□ plná □ částečná □ dezorientace

□ místem

□ čase

□ osobou

□ situací

***Komunikace (řeč, schopnost se vyjádřit, ochota komunikovat):**

……

……

***Péče o svou osobu:**

Schopen sám se najíst: □ ANO □ NE □ s pomocí

Schopen sám se napít: □ ANO □ NE □ s pomocí

Schopen sám se obléknout: □ ANO □ NE □ s pomocí

Schopen sám se umýt: □ ANO □ NE □ s pomocí

Schopen pečovat o své zdraví: □ ANO □ NE □ s pomocí

Použití toalety: □ ANO □ NE □ s pomocí

Inkontinence: □ trvale □ občas □ v noci □ NE

***Lékař:**

Současný ošetřující (praktický) lékař: ……

Do našeho zařízení pravidelně dochází praktický lékař.

Souhlasíte s registrací u smluvního ošetřujícího lékaře v zařízení? □ ANO □ NE

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/OPATROVNÍKA:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Změny v poskytnutých údajích jsem povinen/a bez zbytečného odkladu oznámit.

Souhlasím s tím, aby pověření pracovníci zařízení zpracovali výše uvedené osobní údaje k zajišťování všech úkonů, které vyplývají z jejich činností ve vztahu k mé osobě v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI:

- Vyjádření lékaře (praktický lékař, psychiatr)
- *Potvrzení o výši důchodu (důchodový výměr)
- *Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- *Rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti
- *Listinu o ustanovení opatrovníka, případně listinu o jiném druhu zastoupení

V…… dne:……

……..

podpis žadatele (opatrovníka, zástupce)

Kontakty, na které se můžete v případě podání žádosti obrátit:

Předseda správní rady:
Martin Karas - tel. 728 199 420
martin.karas.strakonice@seznam.cz

Sociální pracovnice:

Mgr. Vendula Karasová - tel. 737 711 305
karasova@kotva-strakonice.cz

Mgr. Tereza Pacáková tel. 773 775 741
karasova@kotva-strakonice.cz

Bc. Eva Petrášková, DiS. - tel. 608 663 817
petraskova@kotva-strakonice.cz