


<p style="text-align: center;">Zařízení sociálních služeb Choceň (příspěvková organizace města) Dr. Fikejze 1115, 56501 Choceň</p>  <p style="text-align: center;">Žádost o poskytnutí sociální služby</p> <p><input type="checkbox"/> Domov pro seniory <input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem</p>	Datum podání žádosti:
	Evidenční číslo žádosti:
	Jméno a podpis pracovníka:
	Žadatel upřednostňuje pokoj: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jednolůžkový <input type="checkbox"/> Dvojlůžkový <input type="checkbox"/> Ubytování s konkrétní osobou

Údaje o žadateli			
Jméno, příjmení, rodné příjmení, titul:			
Datum, místo a okres narození:			
Trvalé bydliště:			
Místo aktuálního pobytu:			
Bydlíte:	<input type="checkbox"/> ve vlastním domě <input type="checkbox"/> s rodinou	<input type="checkbox"/> v bytě <input type="checkbox"/> osaměle	<input type="checkbox"/> v podnájmu <input type="checkbox"/> u příbuzných
Telefon, e-mail:			
Státní příslušnost:		Rodinný stav:	
Příspěvek na péči:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> v řízení
Stupeň závislosti:	I.	II.	III. IV.
Zdravotní pojišťovna:		Druh důchodu:	
Jste příjemce jiné služby?	<input type="checkbox"/> Domov pro seniory	<input type="checkbox"/> Dům s pečovat. službou	<input type="checkbox"/> Pečovatelská služba
	<input type="checkbox"/> Domov se zvl. režimem	<input type="checkbox"/> Odlehčovací lůžko	<input type="checkbox"/> Jiná služba
Pokud ano, uveďte adresu:			
Z jakého důvodu si podáváte žádost, s jakými činnostmi potřebujete pomoci?			

Kontakty na Vaše příbuzné či blízké osoby (manžel/ka, děti a ostatní)			
Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Přesná adresa	Telefon, e-mail

Údaje o zákonném zástupci, je-li stanoven	
Jméno a příjmení, vztah	
Forma zastupování	
Kontaktní adresa	
Telefon, e-mail	
Údaje o registrujícím praktickém lékaři	
Jméno a příjmení	Kontaktní údaje (adresa, telefon)

Ostatní sdělení, případně přání žadatele k poskytování služby, která chcete nutně uvést ke své žádosti.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

- Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. vyřazení žádosti. Zároveň se zavazuji nejpozději do 8 dnů informovat Zařízení sociální péče Choceň o změnách rozhodných pro vedení mé žádosti.
- V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, **svým podpisem uděluji Zařízení sociální péče Choceň souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů** v rozsahu potřebném pro další jednání o poskytnutí sociální služby a případné další poskytování služby, a to až do konce její skartace.

.....
datum a podpis žadatele, příp. zákonného zástupce

Žadatel bere na vědomí, že je povinen do 31. 12. každého roku následujícího po podání žádosti svou žádost písemně, osobně nebo telefonicky aktualizovat a doplnit případné změny.

Povinné přílohy žádosti:

- aktuální lékařská zpráva praktického lékaře (výpis ze zdravotní dokumentace),
- je-li žadatel omezen ve svéprávnosti – rozsudek soudu o omezení svéprávnosti a listina o jmenování opatrovníkem.

Kontakty ZSP Choceň: 465 471 782, hudeckova@zspchocen.cz, www.zspchocen.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI

do Domov pro seniory

do Domova se zvláštním režimem

1. Údaje o žadateli	
Jméno, příjmení, rodné příjmení:	
Datum, místo a okres narození:	
Trvalé bydliště:	
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):	
3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status praesens localis):	
4. Diagnóza (česky):	
a) hlavní:	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:	
5. Aktuální medikace:	
6. Poruchy zraku, sluchu a řeči, které jsou podmíněny věkem:	
7. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):	
Psychotické onemocnění nebo poruchy chování v anamnéze, demence, deprese:	
Orientace základními časovými údaji:	
Je schopen sledovat tisk, TV, číst knihu:	
Spravuje sám svoje finance:	
Abusus návykových látek, psychofarmak:	

8. Ostatní

Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO / NE*
Používá hole, chodítko, invalidní vozík?	ANO / NE*
Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?	ANO / NE*
Chodí po schodech?	ANO / NE*
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko?	ANO / NE*
Je schopen sám sebe obsloužit?	ANO / NE*
Potřebuje lékařské ošetření trvale?	ANO / NE*
Občas?	ANO / NE*
Vstane bez pomoci ze židle?	ANO / NE*
Zvedne sám předmět ze země?	ANO / NE*
Je schopen se	ANO / NE*
- najíst	ANO / NE*
- vykoupat	ANO / NE*
- obléci	ANO / NE*
- obout	ANO / NE*
- uchopit nádobu s nápojem	ANO / NE*
- umýt obličej či ruce	ANO / NE*
- oholit	ANO / NE*
Je pod dohledem specializovaného lékaře?	ANO / NE*
např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)	
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	

9. Jiné údaje:

Dne

.....

razítko a podpis lékaře

*) Nehodící se škrtněte

K žádosti nutno doložit:

- výpis ze zdravotní dokumentace žadatele
- předběžnou propouštěcí zprávu žadatele (v případě umístění na LDN)