

ŽÁDOST

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov pro seniory Samanit	Bytový komplex pro seniory Samanit	Terénní pečovatelská služba Poklidné stáří s.r.o.
------------------------------	--	---

* požadovanou službu zaškrtněte

1. ÚDAJE O ŽADATELI:

PŘÍJMENÍ	JMÉNO	TITUL
----------	-------	-------

RODNÉ ČÍSLO	
TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
KORESPONDENČNÍ ADRESA	
TELEFON	
ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA	

2. UVEĎTE DŮVODY, PROČ JSTE SE ROZHODL/A PODAT ŽÁDOST:

3. V JAKÝCH PŘÍPADECH POTŘEBUJETE POMOC JINÉ OSOBY?

OSOBNÍ HYGIENA	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
CHŮZE	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PŘESUN NA LŮŽKO	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
OBLÉKÁNÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PÉČE O DOMÁCNOST	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
JÍDLO, PITÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
ORIENTACE	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
PODÁVÁNÍ LÉKŮ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
OBSTARÁVÁNÍ OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
POPŘÍPADĚ DOPLŇTE DALŠÍ			

4. MÁTE PŘIZNÁN PŘÍSPĚVEK NA PÉČI?

- ☐ NEMÁM
- ☐ MÁM ZAŽÁDÁNO – od kdy:
- ☐ POBÍRÁM
 - ☐ 1. STUPEŇ
 - ☐ 2. STUPEŇ
 - ☐ 3. STUPEŇ
 - ☐ 4. STUPEŇ

5. KONTAKTNÍ OSOBA PRO VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI:

JMÉNO, PŘÍJMENÍ	
TELEFON	
VZTAH K ŽADATELI	

K TÉTO ŽÁDOSTI JE DÁLE NUTNÉ PŘILOŽIT:

1. POSUDEK VAŠEHO REGISTRUJÍCÍHO VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE (VIZ DOKUMENT VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE, VČ.OČKOVÁNÍ TAT, PNEUMO, CHŘIPKA).
2. DOKLAD O PŘIZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI NEBO KOPII ŽÁDOSTI O PŘIZNÁNÍ TOHOTO PŘÍSPĚVKU.
3. POKUD MÁTE OPATROVNÍKA, JE TŘEBA PŘEDLOŽIT PŘÍSLUŠNÉ USNESENÍ SOUDU O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA.
4. POKUD NEJSTE SCHOPN/A SE VLASTNORUČNĚ PODEPSAT, JE TŘEBA PŘEDLOŽIT VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O TÉTO SKUTEČNOSTI.

PODPISEM TÉTO ŽÁDOSTI SOUHLASÍM SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH A CITLIVÝCH ÚDAJŮ O MÉ OSOBE K POSUZOVÁNÍ SKUTEČNOSTÍ POTŘEBNÝCH PRO PŘIJETÍ ŽADATELE A PRO STATISTICKÉ ÚČELY. DÁVÁM TAK SOUHLAS K ZAJIŠŤOVÁNÍ A SHROMAŽĐOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ - PODKLADŮ PRO SPRÁVNÍ ŘÍZENÍ, PODLE USTANOVENÍ ZÁKONA Č.101/2000 SB., O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ, A TO PO CELOU DOBU ŘÍZENÍ AŽ DO DOBY ARCHIVACE A SKARTACE.

DÁLE TÍMTO POTVRZUJI, ŽE VEŠKERÉ UVEDENÉ UDAJE JSOU PRAVDIVÉ A JSEM SI VĚDOM/A, ŽE UVEDENÍ NEPRAVDIVÝCH ÚDAJŮ BY MĚLO ZA NÁSLEDEK NEPLATNOST UZAVŘENÉ SMLOUVY.

DATUM A MÍSTO:

PODPIS ŽADATELE (OPATROVNÍKA):