



Žádost o poskytnutí sociální služby

Domovy pro seniory

1. Žadatel: **rodinný stav:**
jméno, příjmení

2. Narozen:
den, měsíc, rok *místo (okres)*

3. Trvalé bydliště: **telefon:**
obec, ulice, číslo domu, PSČ

4. Adresa současného pobytu žadatele (uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti na jiné adrese, než je uvedena v bodu 3.):

.....
.....

5. Státní příslušnost: **zdravotní pojišťovna:**

6. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce (v případě rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka – nutné doložit Rozhodnutí/ Usnesení a Listinou o jmenování opatrovníka):

.....

7. Žádám o poskytování sociální služby (zaškrtněte):

Domov pro seniory AZASS (Bystré)

Tato pobytová služba je poskytována dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je určena seniorům a osobám se zdravotním postižením od 50 let věku, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku nebo změn zdravotního stavu a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je přednostně poskytována žadatelům s trvalým pobytem v členských obcích SO AZASS.

8. Důvody podání žádosti:

- a) zdravotní stav
- b) neschopnost základních úkonů sebeobsluhy (např. oblékání, osobní hygiena)
- c) neschopnost pečovat o domácnost (např. vaření, úklid)
- d) nevyhovující byt (např. není bezbariérový)
- e) jiný důvod

9. Požadavek na ubytování:

- a) jednolůžkový pokoj
- b) vícelůžkový pokoj (2lůžkový, 4lůžkový)
- c) požadují ubytování s konkrétní osobou:

10. Požadovaný termín nástupu:

- a) ihned
- b) jiný termín

.....
18. Uved'te, prosím, osoby ochotné dobrovolně přispívat na případnou úhradu za pobyt žadatele v domově v případě jeho nedostatečného příjmu (možnost dle § 71 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

jméno a příjmení *adresa* *telefon* *podpis*

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

19. Jméno, adresa a telefon praktického lékaře žadatele:

.....
.....

20. Soběstačnost žadatele:

(vyplňte, prosím, pečlivě následující informace: **samostatně bez pomoci** = činnost běžně zvládáte a nepotřebujete žádnou pomoc, **s pomocí** = při této činnosti Vám musí někdo pomoci, v různé míře, ale pomoc potřebujete, **neprovedu** = při takové činnosti potřebujete plnou péči, případně ji už vůbec neděláte)

Činnost	Zvládnutí činnosti	
Pohyb	<input type="checkbox"/> Chůze bez pomoci	
	<input type="checkbox"/> Chůze s pomocí	<input type="checkbox"/> Hůl, berle <input type="checkbox"/> Chodítko <input type="checkbox"/> Druhá osoba
	<input type="checkbox"/> Invalidní vozík	
	<input type="checkbox"/> Trvale upoután na lůžko	
	<input type="checkbox"/> Nebezpečí pádu	<input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Často
	<input type="checkbox"/> Posazení	<input type="checkbox"/> Samostatně <input type="checkbox"/> Vydržím sedět bez opory <input type="checkbox"/> Vydržím sedět s oporou <input type="checkbox"/> Nelze
stravování, tekutiny	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu	

Oblékání	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Komunikace	<input type="checkbox"/> Mluvím zřetelně <input type="checkbox"/> Mluvím s obtížemi <input type="checkbox"/> Porucha řeči			
Orientace	<input type="checkbox"/> V přirozeném prostředí	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Časem	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Místem	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
	<input type="checkbox"/> Osobami	<input type="checkbox"/> Plně	<input type="checkbox"/> S podporou	<input type="checkbox"/> Neorientuji se
Sluch	<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Nedoslýchám <input type="checkbox"/> Neslyšící	Užívané kompenzační pomůcky (např. naslouchátko):		
Zrak	<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Zhoršené vidění <input type="checkbox"/> Nevidomý/á	Užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):		
Hygiena	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Užívání léků	<input type="checkbox"/> Samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Neprovedu			
Inkontinence	<input type="checkbox"/> Moči	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Občas	<input type="checkbox"/> Trvale
	<input type="checkbox"/> Stolic	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Občas	<input type="checkbox"/> Trvale

21. Další doplňující údaje (uved'te, co považujete za důležité o sobě sdělit):

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

Datum a podpis žadatele:

nebo zákonného zástupce:

Vyplněnou žádost včetně příloh *) zašlete na adresu:

Domov pro seniory v Bystrém
Nad Kašpárkem 496
569 92 Bystré

Dotazy, popř. pomoc s vyplněním žádosti na adrese:

Domov pro seniory v Bystrém
telefon: 739 024 421
email: socialni.dps@azass.cz
www.azass.cz/dps
nebo příslušné obecní úřady členských obcí SO AZASS

***) součástí žádosti o poskytnutí sociální služby je:**

- vyplněný Zdravotní dotazník (vyplní praktický/ v případě hospitalizace ošetřující lékař)
- podepsaný Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů a využíváním rodného čísla
- v případě rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka Rozhodnutí/ Usnesení a Listinu o jmenování opatrovníka

Záznamy poskytovatele služby – nevyplňujte prosím

Datum přijetí žádosti:.....

Datum vyřízení žádosti:

Vyřizuje: