

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY „DOMOVY PRO SENIORY“ V DOMOVĚ PRO SENIORY V BYSTRÉM

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

2. Narozen:
den, měsíc, rok *místo*

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

4. Jméno, adresa a telefon zákonného zástupce (v případě rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti žadatele)
.....

5. 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
-

6. Požadavek na ubytování:

- a) jednolůžkový pokoj
- b) dvoulůžkový pokoj
- c) čtyřlůžkový pokoj
- d) požaduji ubytování s konkrétní osobou, jméno

7. Předpokládaný termín nástupu:

- a) ihned
- b) jiný termín

8. Žadatel dosud bydlí v bytě:

- a) vlastním b) v družstevním c) obecním d) v podnájmu e) v rodinném domku
f) jinak.....

9. Druh vypláceného důchodu:

- a) starobní b) vdovský/vdovecký c) invalidní

10. Přiznaný stupeň závislosti:

- a) 1. stupeň b) 2. stupeň c) 3. stupeň d) 4. stupeň

- e) bez příspěvku f) podána žádost

11. Využívá žadatel pečovatelské služby? a) ano b) ne**12. Byl žadatel již dříve uživatel jiného pobytového zařízení sociální péče?**

- a) ano
b) ne
Kterého?od.....do.....
Proč byl pobyt ukončen?.....
.....

13. Osoby žijící ve společné domácnosti s žadatelem :

.....
.....

14. Jména a adresy dětí a dalších blízkých osob :

<i>jméno</i>	<i>příbuzenský poměr</i>	<i>adresa</i>	<i>telefon/email</i>
.....			
.....			
.....			

15. Důvěrná osoba (osoby), která je oprávněna přijímat informace o žadateli :

<i>Jméno, příjmení,</i>	<i>vztah k žadateli</i>	<i>adresa</i>	<i>telefon/email</i>
.....			
.....			

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

<i>jméno</i>	<i>adresa</i>	<i>telefon</i>	<i>podpis</i>
.....			
.....			

17. Jméno, adresa a telefon praktického lékaře žadatele :

.....

18. Adresa současného pobytu žadatele (uved'e žadatel, který je v době vyplňování žádosti na jiné adrese, než je uvedena v bodu 3) :

.....

19. Další doplňující údaje :

.....

.....

.....

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

nebo příslušné obecní úřady členských obcí SO AZASS

Nad Kašpárkem 496, Bystré

Tel. 461 653 161

www.azass.cz

*) součástí žádosti o přijetí do DpS je :

- vyplněný Zdravotní dotazník (vyplní praktický/ošetřující lékař)
- podepsaný Souhlas se zpracováním osobních údajů a využíváním rodného čísla

Informace pro Domov pro seniory Bystré - nevyplňujte prosím

Datum přijetí žádosti.....

Datum vyřízení žádosti.....