

Žádost o poskytnutí sociální služby

Domovy pro seniory

Domovy se zvláštním režimem

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 (Polička)**

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.

☐**Domov se zvláštním režimem AZASS (Polička)**

Tato pobytová služba je poskytována dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je určena osobám od 50 let, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu onemocnění Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí a jejichž situace vyžaduje 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) dvoulůžkový pokoj
- c) požaduji ubytování s konkrétní osobou:

10. Požadovaný termín nástupu:

- a) ihned
- b) jiný termín

11. Druh vypláceného důchodu:

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

Výše vypláceného důchodu (nepovinný údaj):

12. Přiznaný stupeň závislosti na pomoci druhé osoby (příspěvek na péči):

- a) 1. stupeň
- b) 2. stupeň
- c) 3. stupeň
- d) 4. stupeň
- e) bez příspěvku
- f) podaná žádost

13. Využívá žadatel pečovatelské služby?

- a) ne
- b) ano

Jaké služby využívá:

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

14. Byl žadatel již dříve uživatelem jiného pobytového zařízení sociálních služeb?

(odlehčovací služba, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem aj.)

- a) ne
- b) ano

Kterého? **od:** **do:**

Proč byl pobyt ukončen?

15. Osoby žijící ve společné domácnosti s žadatelem:

jméno a příjmení *vztah k žadateli*

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

16. Jména a adresy dětí nebo jiných blízkých osob:

jméno a příjmení *vztah k žadateli* *adresa* *telefon/e-mail*

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

17. Důvěrná osoba (osoby), která je oprávněna přijímat informace o žadateli:*jméno a příjmení**vztah k žadateli**adresa**telefon/e-mail*

.....

.....

.....

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	☐ Chůze bez pomoci	
	☐ Chůze s pomocí	☐ Hůl, berle ☐ Chodítko ☐ Druhá osoba
	☐ Invalidní vozík	
	☐ Trvale upoután na lůžko	
	☐ Nebezpečí pádu	☐ Občas ☐ Často
	☐ Posazení	☐ Samostatně ☐ Vydržím sedět bez opory ☐ Vydržím sedět s oporou ☐ Nelze

Stravování, tekutiny	☐ Samostatně bez pomoci ☐ S pomocí ☐ Nprovedu			
Oblékání	☐ Samostatně bez pomoci ☐ S pomocí ☐ Nprovedu			
Komunikace	☐ Mluvím zřetelně ☐ Mluvím s obtížemi ☐ Porucha řeči			
Orientace	☐ V přirozeném prostředí	☐ Plně	☐ S podporou	☐ Neorientuji se
	☐ Časem	☐ Plně	☐ S podporou	☐ Neorientuji se
	☐ Místem	☐ Plně	☐ S podporou	☐ Neorientuji se
	☐ Osobami	☐ Plně	☐ S podporou	☐ Neorientuji se
Sluch	☐ Normální ☐ Nedoslýchám ☐ Neslyšící	Užívané kompenzační pomůcky (např. naslouchátko):		
Zrak	☐ Normální ☐ Zhoršené vidění ☐ Nevidomý/á	Užívané kompenzační pomůcky (např. brýle):		
Hygiena	☐ Samostatně bez pomoci ☐ S pomocí ☐ Nprovedu			
Užívání léků	☐ Samostatně bez pomoci ☐ S pomocí ☐ Nprovedu			
Inkontinence	☐ Moči	☐ Ne	☐ Občas	☐ Trvale
	☐ Stolic	☐ Ne	☐ Občas	☐ 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 důchodců v Poličce
Eimova 1020
572 01 Polička

Dotazy, popř. pomoc s vyplněním žádosti na adrese:

Domov důchodců v Poličce
Eimova 1020, 572 01 Polička
telefon: 603 298 669, 461 722 700/453
e-mail: socialni.dd@azass.cz
www.azass.cz/domov
nebo na příslušných obecních úřadech 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: