

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO SENIOR DOMU POHODA a.s.

Třinec

Domov pro seniory

dle § 49 zákona 108/2006 Sb.,

o sociální službách v platném znění

1.	ŽADATEL Jméno a příjmení	Titul:
2.	DATUM NAROZENÍ	
3.	RODINNÝ STAV	☐ svobodný/á ☐ vdovec/vdova ☐ rozvedený/á ☐ ženatý/vdaná
4.	ADRESA TRVALÉHO POBYTU	ulice, č.p./č.o.: PSČ, město:
6.	MÍSTO AKTUÁLNÍHO POBYTU	ulice, č.p./č.o.: PSČ, město:
7.	TELEFON	
8.	EMAIL	
9.	PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	☐ I. STUPEŇ - LEHKÁ ZÁVISLOST ☐ II. STUPEŇ - STŘEDNĚ TĚŽKÁ ZÁVISLOST ☐ III. STUPEŇ - TĚŽKÁ ZÁVISLOST ☐ IV. STUPEŇ - ÚPLNÁ ZÁVISLOST ☐ PŘÍSPĚVEK NEPŘIZNÁN ☐ PŘÍSPĚVEK V ŘÍZENÍ ☐ NEMÁ POŽÁDÁNO
10.	U ŽADATELŮ OMEZENÝCH VE SVÉPRÁVNOSTI	JMÉNO A PŘÍJMENÍ OPATROVNÍKA: ROZHODNUTÍ SOUDU ZE DNE: ČÍSLO JEDNACÍ: ADRESA: TELEFON, EMAIL:

11.	SOCIÁLNÍ SITUACE ŽADATELE	☐ osamělost, žadatel žije sám ☐ sociální izolace, rodina neplní svou funkci ☐ rodina poskytuje péči, kterou již není schopná v dostatečné míře zabezpečit ☐ žadatel využívá jiný typ služby (LDN, respitní péče, sociální hospitalizace...)
12.	CO OČEKÁVÁTE OD NAŠÍ SLUŽBY?	
13.	KONTAKTNÍ OSOBA (a její vztah k žadateli, např. syn...)	
14.	ADRESA KONTAKTNÍ OSOBY	ulice, č.p./č.o.: PSČ, město:
15.	TELEFON	
16.	EMAIL	

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:

- Žadatel prohlašuje, že údaje v žádosti jsou uvedeny pravdivě a dobrovolně.
- Bere na vědomí, že finanční náklady spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře) si hradí na své vlastní náklady.
- Bere na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytování pobytové sociální služby neprodleně sdělí sociální pracovníci SENIOR DOMU POHODA TŘINEC a.s..
- Svým podpisem stvrzuje, že ve smyslu zákona 101/2000 sb., O ochraně osobních údajů souhlasí se zpracováním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění a poskytování služeb sociální péče.
- V případě, že pomine důvod k umístění, informuje neprodleně sociální pracovníci SENIOR DOMU POHODA TŘINEC a.s..
- Pokud žadatel není schopen podpisu a nebyl mu ustanoven soudem zákonný zástupce, nutno doložit potvrzení lékaře, ze kterého vyplývá, že žadatel není schopen podpisu.

Datum:

Vlastnoruční podpis žadatele:

Jméno a podpis zákonného zástupce:

PŘÍLOHY:

- ☐ Vyjádření lékaře
- ☐ Rozsudek o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům