

Dům seniorů Michle, s.r.o., Čapkova 400/13, 140 00 Praha 4

Tel: 261 222 789 Fax: 261 223 841

E-mail: info@dumseniorumichle.cz

Bankovní spojení: KB Praha 4, Nuselská ul., č.ú. 130 430 287 / 0100

Datum doručení žádosti:

Žádost o poskytnutí sociální služby "domov pro seniory" (§49 z.č.108/2006 Sb.)

1. Údaje o žadateli

Jméno a příjmení			
Rodné příjmení			
Den,měsíc,rok narození			Telefon
Trvalé bydliště (obec/město, ulice, č.p., PSČ);			
Místo narození			
Místo pobytu v době podání			
Státní příslušnost			Rodinný stav
Životní povolání			
Osobní záliby žadatele			
Zdravotní pojišťovna			
Druh přiznaného důchodu			
Výše důchodu			
Příspěvek na péči (stupeň)		Pokud není přiznán příspěvek na péči,datum podání žádosti	
v příloze doložte kopii ROZHODNUTÍ O VÝŠI PŘIZNANÉHO PŘÍSPĚVKU NA PÉČI			
Zákonný zástupce žadatele, je-li žadatel zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům			
Jméno a příjmení			Telefon
Adresa			
Rozsudek soudu - uveďte sídlo soudu a datum rozsudku			
v příloze doložte usnesení soudu a LISTU O USTANOVENÍ OPATROVNÍKA			

Důvod podání žádosti tj. proč bych chtěl(a), aby mi byly poskytovány služby v domově pro seniory, co očekávám od poskytované služby, moje osobní cíle a představy	
Požadovaný typ pokoje:	
a) jednolůžkový	b) dvoulůžkový
2. Kontaktní osoba, které má být podána zpráva v případě hospitalizace, vážného onemocnění, jiné vážné události nebo úmrtí žadatele a která bude po dobu pobytu žadatele dostupná a zavazuje se ke spolupráci s personálem DS Michle	
Jméno a příjmení, vztah k žadateli	
Telefon, E-mail	
Adresa	
3. Další kontaktní osoby	
1. Jméno a příjmení, vztah k žadateli	
Telefon, E-mail	
Adresa	
2. Jméno a příjmení, vztah k žadateli	
Telefon, E-mail	
Adresa	
3. Jméno a příjmení, vztah k žadateli	
Telefon, E-mail	
Adresa	
4. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):	
Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě a jsem si vědom (a) případných následků, které by mohly uvedením nepravdivých údajů nebo zatajením údajů vzniknout. V souladu s ustanovením zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji také souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů souvisejících s poskytováním sociální služby až do doby jejich skartace.	
Datum a vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce žadatele)	

8. Je zjištěn návyk na alkohol nebo jiné návykové látky?

9. Trpí žadatel poruchami orientace (místem, časem, osobou)?

10. Je žadatel agresivní? Přebývá u něj noční aktivita?

11. Potřebuje žadatel zvláštní péči, jakou?

12. Další údaje

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO	NE	
Je trvale upoután na lůžko?	ANO	NE	
Je schopen se sám obsloužit?	ANO	NE	
Je žadatel inkontinentní?	ANO	NE	

Uveďte všechny kompenzační pomůcky, které používáte.

13. Nástup klienta (nehodící se škrtněte)

a) ihned b) později termín:

14. Je žadatel očkovaný? Pokud ano, uveďte datum očkování

TAT	ANO - NE	datum:	
PNEUMO	ANO - NE	datum:	
CHŘÍPKA	ANO - NE	datum:	

15. Jiné údaje

Datum, razítko a podpis registrujícího praktického lékaře