

9. Čím žadatel odůvodňuje potřebnost poskytování služby (jak má nyní zajištěnu péči o domácnost, příp. o vlastní osobu)?

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

10. Osoby žijící se žadatelem ve společné domácnosti: manžel(ka), rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha:

| Jméno a příjmení | Příbuzenský vztah k žadateli |
|------------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |

11. Manžel(ka), rodiče, děti, vnuci, zeťové a snachy, bydlící mimo společnou domácnost:

| Jméno a příjmení | Příbuzenský poměr k žadateli | Přesná adresa | Telefon |
|------------------|------------------------------|---------------|---------|
| | | | |
| | | | |

12. Jméno a adresa *zákonného zástupce*, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:

.....
.....
rozhodnutí soudu v ze dne

Č.j.

13. Kontaktní osoba pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí žadatele do zařízení:

Jméno a přesná adresa:

.....

.....

Pošta:telefon (i mobilní):.....

14. Je žadatel uživatelem jiného pobytového zařízení sociálních služeb?

ANO – NE *

Kterého? od do

15. Žadatel má zájem o pobytovou službu v objektu:

- Koutkova 302, Třebíč
- Kubešova 14, Třebíč

- nehodící se škrtněte

Informace o dalším postupu:

Po doručení Vaší žádosti do Domova pro seniory v Třebíči pracovníci pověřeni vyřizováním žádostí shromáždí kompletní podklady a posoudí, zda spadáte do cílové skupiny uživatelů a zda je Vaše přijetí do zařízení možné. Posouzení proběhne zpravidla v termínu do 30 dnů ode dne podání žádosti se všemi přílohami. V případě kladného výsledku rozhodne organizace o schválení Vaší žádosti. O této skutečnosti budete písemně vyrozuměn. V případě, že kapacita zařízení nebude aktuálně naplněna, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a bude s Vámi uzavřena Smlouva o poskytování služby. Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete zařazeni do seznamu žadatelů. Poté, co se kapacita uvolní, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a uzavřena Smlouva o poskytování služby

V případě, že bude Vaše žádost zamítnuta, budete o této skutečnosti včetně podrobného zdůvodnění písemně vyrozuměn. Organizace Vám v tomto případě poskytne informace o dalších možnostech řešení Vaší situace.

18. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl pravdivě.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, **svým podpisem uděluji souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení mé žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, aby se pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti (komise v zařízení) seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejich přílohách.

.....
čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného
zástupce (u zákonného zástupce uveďte jeho adresu)

Dne Vtelefon

**Vyjádření lékaře
o zdravotním stavu žadatele k žádosti do Domova pro seniory Třebíč,
Koutkova-Kubešova, příspěvková organizace, Koutkova 302, Třebíč 674 01**

| | | | | |
|----|--|-----------|----------------------------|------------|
| 1. | Žadatel | | | |
| | příjmení | jméno | | |
| | narozen | R.Č. | zdravotní pojišťovna | |
| | den, měsíc, rok | | místo | |
| | bydliště: | | | |
| | ulice | číslo | místo | PSČ, pošta |
| 2. | Anamnéza (rodinná, osobní): | | | |
| 3. | Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.): | | | |
| 4. | Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje): | | | |
| 5. | Trpí žadatel demencí? | ANO | Typ demence: | Stupeň: |
| | | NE | | |
| 6. | Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)? | | | |
| | ANO | Jaké | | |
| | NE | | | |
| 7. | Diagnóza (česky): | | | |
| a) | hlavní | | | |
| b) | ostatní choroby nebo chorobné stavy | | | |

| | | | | |
|--|---|-------------------------------|-----------------|---------------|
| 8. | Potřebuje lékařské ošetření | trvale | ANO | NE |
| | | občas | ANO | NE |
| Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. * | | | | |
| Potřebuje zvláštní péči – jakou: | | | | |
| Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu ? | | | | |
| | | ANO | NE | |
| Pokud ano, pro jakou ? | | | | |
| Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu ? | | | | |
| | | ANO | NE* | |
| Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě , kým je sledován: | | | | |
| | | | | |
| Přílohy: | | | | |
| a) Popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného ošetřujícího lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu. | | | | |
| b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno. | | | | |
| c) Podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – zejména výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření. | | | | |
| 9. | Je schopen chůze bez cizí pomoci | | ANO | NE * |
| | Používá kompenzační pomůcky: | hole | invalidní vozík | chodítko |
| | | brýle | sluchadlo | zubní protéza |
| | Sluch: normální | nedoslychá | zbytky sluchu | neslyší |
| | Zrak: normální | zhoršené vidění | zbytky zraku | nevidí |
| | Je upoután trvale – převážně * na lůžko | | ANO | NE * |
| | Je schopen polohy v sedě, v křesle | | ANO | NE * |
| | Je schopen sám se najíst, napít | | ANO | NE * |
| | Inkontinence | trvale | ANO | NE * |
| | | občas | ANO | NE * |
| | | v noci | ANO | NE * |
| | Používá WC křeslo u lůžka | | ANO | NE * |
| | Defekty kůže: ANO | dekubity (stupeň, lokalizace) | | |
| | | opruzeniny | | |
| | | jiné | | |
| | | NE | | |
| 10. Jiné údaje: | | | | |
| DneV | | | | |
| razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka) | | | | |

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

**Dokumenty požadované před přijetím žadatele do Domova pro seniory Třebíč,
Koutkova – Kubešova, příspěvková organizace, Koutkova 302, Třebíč 674 01**

- **Aktuální vyjádření praktického lékaře** (pouze na formulář zařízení, který je doložen k žádosti). Pokud je žadatel hospitalizován, je možné nahradit je vyjádřením ošetřujícího lékaře ve zdravotnickém zařízení a vyjádření praktického lékaře. Vyjádření lékaře má platnost nejdéle 12 měsíců ode dne vyplnění, v případě překročení této doby je při přijetí do zařízení nutno vyjádření praktického lékaře aktualizovat.
- V případě, že žadatel je uživatelem pečovatelské nebo jiné sociální služby, je potřeba doložit **potvrzení o využívání této služby** (potvrzení vydá konkrétní zařízení sociálních služeb).
- **Kopii nejnovějšího rozhodnutí úřadu důchodového zabezpečení**, kterým byla přiznána výše důchodu.
- **Kopii dokladu o přiznání příspěvku na péči**, případně o podání žádosti o tento příspěvek.
- **Kopie dokladů v případě, že žadatel je zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům** (rozhodnutí soudu, usnesení o ustanovení opatrovníka).
- **Sociální šetření nebo krátká zpráva o sociální situaci žadatele** – zajistí po dohodě sociální pracovnice zařízení nebo sociální pracovnice v místě aktuálního pobytu, pokud je žadatel hospitalizován ve zdravotnickém zařízení nebo je příjemcem jiné pobytové služby, případně pracovníci obecního úřadu v místě bydliště. K potvrzení identifikace zájemce o službu bude při sociálním šetření předložen OP.