

Dům seniorů Michle s.r.o.

Čapkova 400/13, 140 00 Praha 4 - Michle

Tel: 261 223 842, 261 223 843, 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

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

1. Údaje o žadateli

Rodné číslo žadatele		Došlo dne	
Číslo obč. průkazu			
Jméno		Rodné příjmení	
Příjmení			
Den, měsíc, rok narození		Místo a okres nar.	
Trvalé bydliště (obec/město, ulice, č.p., PSČ, kraj)		Telefon	
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 LIST 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			
Využíval nebo využívá žadatel jiné sociální služby? (např. peč. službu atd.)			
Požadovaný typ pokoje (nehodící se škrtněte)			
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		Telefon	
Adresa		Vztah k žadateli	
3. Údaje o rodině žadatele - děti, sourozenci, popř. jiné osoby důležité pro žadatele			
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Bydliště vč. PSČ	Telefon, e-mail
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)			

Posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí pobytové sociální služby "domov pro seniory" (§91, odst. 4 z.č.108/2006 Sb.)

Jméno, příjmení, rodné příjmení			
---------------------------------	--	--	--

Rodné číslo		Bydliště	
-------------	--	----------	--

1. Anamnéza (rodinná, osobní)

--

2. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)

--

3 Diagnóza (česky)

--

4. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu)

--

5. Je-li žadatel pod dohledem lékařů specialistů, vypište specializace a jména lékařů

--

6. Je -li žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění, uveďte jaké

--

7. Je žadatel očkován? Pokud ano, uveďte datum očkování

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

--

