

Datum přijetí žádosti:	
Bodový součet	

Žádost o poskytnutí sociální služby v Domově seniorů Prostějov, p. o.

služba: Domov pro seniory (§ 49 zákona č.108/2006 Sb.
o sociálních službách)

Žadatel/ka:	(jméno, příjmení, titul)
Narozen/a:	(den, měsíc, rok)
Trvalé bydliště (včetně PSČ):	
Adresa skutečného pobytu:	(vyplňte v případě, že se žadatel nezdržuje na adrese trvalého bydliště)
Státní příslušnost:	Telefon (mobil), E- mail:
Přiznaný příspěvek na péči (zaškrtněte):	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VE VYŘIZOVÁNÍ
Zájem o poskytování služby (zakroužkujte)	
Prohlašuji, že v případě volného místa mám zájem o okamžitý nástup	ANO NE
V případě naplněné kapacity souhlasím se zařazením mé žádosti do pořadníku:	ANO NE

Jméno, adresa, telefon a e-mail zákonného zástupce, je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům (nutno přiložit kopii rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům a usnesení soudu o určení opatrovníka):

.....

.....

Vyjádření komise (vyplňuje Domov seniorů):	Datum:
<input type="checkbox"/> žádost byla přijata k dalšímu posouzení	Vyřizuje:
<input type="checkbox"/> žádost nebyla přijata z důvodu:	
.....	
.....	

Důvod podání žádosti o službu (sdělení informací, co vás vedlo k podání žádosti, a co od služby očekáváte)?

Popište, jestli máte nějaké poruchy v oblasti komunikace, paměti, myšlení, vnímání:

Zaškrtněte, jakou podporu a pomoc potřebujete zajistit v níže uvedených oblastech:

1. Kde se nacházíte: na uvedené adrese v zařízení (LDN, SANCO, OLÚ)

Jiné:

2. Vybavení pokoje: Potřebuji polohovací postel
 Nepotřebuji polohovací postel

Jiné:

3. Mobilita: Mobilní bez kompenzačních pomůcek
 Mobilní za pomoci kompenzačních pomůcek (francouzské hole, hůlka, chodítko, invalidní vozík)
 Zcela imobilní

Jiné:

4. Stravování: Dovoz stravy – najím se samostatně
 Dovoz stravy - pomoc s úpravou či donáškou stravy, najím se samostatně
 Dovoz stravy - pomoc s úpravou i donáškou stravy, podání stravy do úst

Jiné:

5. Hygiena: zvládnou samostatně
 zvládnou s částečnou dopomocí
 nezvládnou, potřebuji úplnou pomoc

Jiné:

6. Použití inkontinenčních pomůcek: nepoužívám
 používám, výměnu zvládnou samostatně
 používám, potřebuji pomoc při výměně

Jiné:

Uveďte osoby, které můžeme kontaktovat v případě, že se s Vámi nebudeme moci spojit:

1. Jméno a příjmení.....e-mail:

Adresa (včetně PSČ).....

Telefon:

2. Jméno a příjmení.....e-mail:

Adresa (včetně PSČ).....

Telefon:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě a jsem si vědom/a případných následků, které by pro mě z nepravdivosti sdělených údajů vyplývaly (pozn. zastavení projednávání žádosti). Jsem si vědom/a, že zamlčení skutečností rozhodných pro přijetí může být důvodem k neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby, případně o její ukončení.

Jsem si vědom/a, že nejpozději do 15 dnů jsem povinen/a ohlásit veškeré změny, které v uvedených údajích nastaly (změna bydliště, změna telefonního čísla, změna zdravotního stavu,...).

Datum:

.....
čitelný podpis žadatele

Poznámka:

1) Je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům – podepisuje žádost soudem stanovený opatrovník.

2) V případě, že již občan nemá zájem o službu, informuje zařízení písemně, popř. na telefon: 582 402 135, 582 402 136.

Přílohy k žádosti:

1. **Plná moc** – pokud žádost o umístění vyřizuje jiná osoba než žadatel
2. U žadatele omezeného ve způsobilosti k právním úkonům – kopii rozhodnutí soudu o omezení způsobilosti k právním úkonům a usnesení o určení opatrovníka

Žádosti zasílejte na adresu:

Domov seniorů Prostějov, p. o., Nerudova 1666/70, 796 01 Prostějov

Smyslové schopnosti

Má osoba nějaké smyslové omezení (zrak, sluch)? Ano Ne
- Pokud ano, jaké využívá kompenzační pomůcky:

Stravování

Má osoba nějaké dietní omezení? Ano Ne
- Pokud ano, jaké:
Je potřeba osobě stravu porcovat či mixovat? Ano Ne
Podává se osobě strava do sondy? Ano Ne
- Pokud ano, jaká:

Fyziologické potřeby

Trpí osoba inkontinencí moče? Ano Ne
- Pokud ano, má zavedený permanentní katetr? Ano Ne
Trpí osoba inkontinencí stolice? Ano Ne
Je třeba sledovat bilanci tekutin? Ano Ne

Péče o zdraví

Je osoba schopna sama dodržovat léčebný režim? Ano Ne
Potřebuje osoba pomoci s přípravou léků a léčivých přípravků? Ano Ne
Je osoba schopna sama si podat léky a léčivé přípravky? Ano Ne
Je potřeba při podávání léků kontrolovat polykací reflex? Ano Ne

5. Potřeba zajištění zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení

Potřebuje osoba napojení na monitorovací systém sledující základní životní funkce? Ano Ne
Potřebuje osoba kyslíkovou terapii? Ano Ne
Potřebuje osoba jiné přístrojové vybavení ke svému životu? Ano Ne
- Pokud ano, jaké:
Potřebuje osoba jinou zdravotní péči speciální? Ano Ne
- Pokud ano, jakou:

6. Bezinfekčnost osoby

Prodělala osoba v uplynulých 3 měsících nějaké infekční nebo parazitologické onemocnění? Ano Ne
Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:
Pokud osoba vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:

7. Zhodnocení duševního stavu

Projevuje se u osoby zapomínání? Ano Ne
Je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací? Ano Ne
Projevují se znaky verbální či fyzické agrese? Ano Ne
- Pokud ano, jaké:
Projevují se znaky sebepoškozování? Ano Ne
Změnilo se vlivem duševního stavu chování této osoby? Ano Ne
- Pokud ano, jak:

8. Alkoholismus a jiné toxikománie

Užívá osoba nadměrně alkohol? Ano Ne
Užívá osoba nadměrně jiné návykové látky? Ano Ne
- Pokud ano, jaké:

Změnilo se vlivem užívání těchto látek chování osoby? Ano Ne
- Pokud ano, jak:

9. Další doplňující důležité informace o zdravotním stavu osoby

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

Doporučujeme:

K tomuto formuláři připojit kopie posledních zpráv z vyšetření odborných lékařů – specialistů (neurolog, psychiatr apod.).

Dne:

Jméno a příjmení, podpis,
razítko lékaře

Prosíme o přesné a pečlivé vyplnění tiskopisu a nezamlčování důležitých skutečností.

PLNÁ MOC

dle Občanského zákoníku § 436-488 a § 441-456 a následných

Já, níže podepsaný (dále jen „Zmocnitel“)

Jméno, příjmení:

narozen:

bytem:

číslo občanského průkazu:

uděluji plnou moc

níže podepsanému (dále jen „Zmocněnec“)

Jméno, příjmení:

narozen:

bytem:

číslo občanského průkazu:

k tomu, aby mne zastupoval ve všech věcech spojených a souvisejících s podáním žádosti, nástupem a pobytem v Domově seniorů Prostějov, p. o.:

- činil mým jménem veškeré úkony, včetně úkonů písemných,
- podával návrhy a žádosti,
- přijímal veškeré doručované písemnosti,
- podával řádné i mimořádné opravné prostředky a vzdával se jich,
- přijímal plnění nároků, jejich přijetí potvrzoval a případně neplněné nároky vymáhal,
- uznával uplatněné nároky, případně se nároků vzdával a uzavíral smíry.

Tato plná moc se uděluje na dobu neurčitou.

V dne.....

Zmocnitel:

podpis

Výše uvedené zmocnění přijímám:

Zmocněnec:

podpis