

DOMOV DŮCHODCŮ ČERNOŽICE

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ 00579017, právní forma: příspěvková organizace Královéhradeckého kraje

tel.: 495 705 211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

Datum podání, razítko

DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO VYŘÍZENÍ ŽÁDOSTI

Vážení žadatelé o službu,

aby mohla být Vaše žádost zaevidována je nezbytné vyplnění všech údajů. **Je-li žádost dodána neúplná či bez odpovídajících příloh nemohou být realizovány další kroky k řešení Vaší nepříznivé sociální situace.**

Nezbytnou přílohou pro žadatele služby Domov pro seniory je aktuální vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Je akceptováno i vyjádření lékaře na tiskopise jiné pobytové sociální služby, o kterou zájemce žádá, propouštěcí zpráva z nemocnice, lékařská zpráva ošetřujícího lékaře LDN, apod. jsou-li shodné s údaji ve vyjádření lékaře pro náš Domov.

Nezbytnou přílohou pro žadatele služby Domov se zvláštním režimem je aktuální vyjádření lékaře o zdravotním stavu a vyjádření odborného lékaře (zpravidla neurologa nebo psychiatra).

Žádost můžete doručit osobně, zaslat poštou případně naskenovanou e-mailem. Po předchozí telefonické domluvě si můžete naše zařízení prohlédnout.

V případě, že potřebujete pomoci s vyplněním žádosti, domluvte si schůzku se sociální pracovnící na telefonním čísle 725 434 088.

Děkujeme za pochopení.

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO*

- a) **Domov pro seniory** je určen seniorům od 65 let věku, kteří jsou **těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby**. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu věku nebo dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.)
- b) **Domov se zvláštním režimem** je určen osobám od 40 let věku s **chronickým duševním onemocněním (Alzheimerova, vaskulární, stařecká demence nebo demence jiného typu)**, kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby, jimž bylo toto onemocnění diagnostikováno **odborníkem z oboru psychiatrie nebo neurologie**. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti v důsledku onemocnění demence nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.

* označte požadovanou službu

1. ÚDAJE O ŽADATELI

Příjmení:

Jméno:

Titul:

Den, měsíc a rok narození:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon:

Aktuální pobyt (např. u rodinného příslušníka, zdravotnické zařízení, apod.)

Vazba na Královéhradecký kraj:*

**Služby jsou určeny seniorům, kteří mají bydliště v Královéhradeckém kraji, případně prokázanou vazbu na kraj (narodili se zde, příbuzní zde žijí)*

Státní příslušnost

2. ČÍM ŽADATEL ODŮVODŇUJE NUTNOST SVÉHO UMÍSTĚNÍ V POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ? (proč již není možný pobyt v přirozeném sociální prostředí žadatele, kdo Vám v současné době pomáhá, vypište co nejpodrobněji)

3. OSTATNÍ

Máte přiznaný příspěvek na péči?

ANO – NE - ZAŽÁDÁNO

Pokud ano v jakém stupni?

I. II. III. IV.

4. KONTAKTNÍ OSOBY, KDO MI S ŽÁDOSTÍ POMÁHÁ

Jméno a příjmení

vztah k žadateli

Telefon, E-mail

Vyplněním těchto údajů dává kontaktní osoba žadatele souhlas s jejich využitím při zpracování a evidenci žádosti.

5. ZASTUPOVÁNÍ ŽADATELE

Omezení svéprávnosti

ANO

NE

V ŘÍZENÍ

Kontaktní údaje opatrovníka:

Zastoupení na základě plné moci

ANO

NE

Kontaktní údaje zmocněnce:

Jiná forma zastoupení, uveďte jaká včetně údajů zástupce

***Souhlasím**

***Nesouhlasím**

S předáním mých údajů (jméno, příjmení, bydliště, místo současného pobytu, kontaktní údaje, průběh léčebné a sociální péče včetně informace o hospitalizacích, údaje týkající se svéprávnosti, nepříznivá sociální situace) dalším poskytovatelům sociálních/zdravotních služeb a příslušným místním úřadům za účelem řešení mé situace. Tento souhlas je dobrovolný a lze jej kdykoli odvolat.

5. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/ZÁSTUPCE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a podle skutečnosti. Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu, případně vyjádření odborného lékaře (Domov se zvláštním režimem), které jsou posuzovány smluvním praktickým lékařem nebo smluvním psychiatrem Domova. Uvedené údaje budou použity výhradě pro potřeby Domova důchodců Černožice (vyjma udělení souhlasu s předáním informací třetím osobám) v řízení pro přijetí do pobytové sociální služby.

V..... Dne.....

.....
Vlastnoruční podpis žadatele/zástupce

Dále vyplní sociální pracovníce Domova důchodců Černožice

Žádost je kompletní (včetně příloh)

ANO

NE – chybí

Kompletní žádost doručena dne

Poznámky