

<p style="text-align: center;"><b>ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ*</b></p> <p><small>*Hodící se zaškrtněte</small></p>	<p><b>Podání žádosti: č.j., datum:</b></p>
<p><b><u>Domov PĚTRA Mačkov</u></b>          Mačkov 79, 388 01 Blatná  <b>Tel.:</b> 383 413 121,          383 413 102,          383 413 135 - soc. pracovnice  <b>E-mail:</b> info@domovpetra.cz  <b>Internet:</b> www.domovpetra.cz  <b>Datová schránka:</b> nhsu7m8</p>	<p><b>Požadované datum nástupu:</b></p>
<p><b>Jméno a příjmení žadatele:</b></p>	
<p><b>Datum a místo narození:</b></p>	
<p><b>Adresa trvalého pobytu:</b></p>	
<p><b>Státní příslušnost:</b></p>	
<p><b>Žadatel</b> <input type="checkbox"/> <b>není</b> <input type="checkbox"/> <b>je</b> částečně omezen ve svéprávnosti</p>	
<p><b>Soudem nařízená ústavní výchova u nezletilého dítěte:</b> <input type="checkbox"/> <b>ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b></p>	
<p><b>Opatrovník/podpůrce/zastupující člen domácnosti:</b></p>	
<p><b>Ustanovený rozhodnutím soudu v:</b></p> <p><b>č.j.:</b> _____ <b>ze dne:</b> _____</p>	

<b>Bydliště:</b>
<b>Telefon, e-mail:</b>

<b>Rodiče (u nezletilých dětí)</b>	<b>Matka</b>	<b>Otec</b>
Jméno a příjmení		
Bydliště		
Telefon		
E-mail		

<b>Kontaktní osoby</b>		
Jméno a příjmení	Adresa	Telefon, e-mail

<b>Je-li žadatel důchodcem</b>
druh důchodu:
jiný pravidelný příjem žadatele:

<b>Příspěvek na péči:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Přídavek na dítě:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

<b>Žadatel/ka využívala jiné soc. služby</b>		
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
v:	od	do
v:	od	do
v:	od	do

**Čím žadatel odůvodňuje nutnost podání žádosti do Domova PETRA Mačkov?**

**Jaká jsou Vaše očekávání od sociální služby?**

**Ostatní sdělení, přání žadatele, které považujete za nutné uvést v žádosti:**

V souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů, které souvisí s přijetím do Domova PETRA Mačkov, a to až do doby její skartace.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, popř. neuzavření smlouvy o poskytnutí sociálních služeb.

V .....dne .....

.....

podpis žadatele (zákonného zástupce)

**Přílohy k žádosti:**

Kopie rozsudku o svěření dítěte do péče, ústavní výchově, zbavení rodičovské zodpovědnosti, omezení svéprávnosti

Kopie usnesení o ustanovení opatrovníka, poručníka, zastupujícího člena z domácnosti

Kopie kartičky zdravotní pojišťovny

### Dotazník k žádosti o poskytnutí pobytové sociální služby

<b>Jméno a příjmení žadatele:</b>			
<b>oblast činnosti</b>	<b>zvládne sám</b>	<b>zvládne s pomocí</b>	<b>nezvládne</b>
Nalít nápoj, naporcovat stravu			
Najíst se a napít			
Koupání nebo sprchování			
Péče o ústa, vlasy, nehty, vousy			
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny			
Změna poloh (vstávání, usedání, aj.)			
Chůze			
Oblékání			
Obouvání			
Manipulace s oblečením v souvislosti s denním režimem			
Komunikace slovní			
Komunikace písemná			
Komunikace neverbální			
Rozlišování známých a cizích osob			
Rozlišení denní a noční doby			
Orientace v přirozeném prostředí			
Schopnost vstupovat do vztahů s jinými osobami			
Obsluha běžných domácích spotřebičů			
Vykonávání běžných domácích prací			
Manipulace se zámky a vypínači			
Otevírání, zavírání oken a dveří			
Mezi mé zájmy patří:			
Nerad/a dělám:			

.....  
podpis žadatele (zákonného zástupce)

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ  
POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**  
(nezbytná příloha k žádosti)

**Jméno a příjmení žadatele:** .....

**Datum narození:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Bydliště:** .....

**Zdravotní pojišťovna:** .....

**Anamnézy:**

**OA:**

**RA:**

**PA:**

**Výška:**

**Hmotnost:**

**TK:**

**Alergie:**

**Očkování:**

**Dieta:**

**Objektivní nález:**

**Diagnóza:**

**Hlavní:**

**Statistická značka podle mezinárodní klasifikace:**

**Ostatní Dg.:**

**Medikace:**

**Používané kompenzační pomůcky:**

**Odborné nálezy a zprávy přílohou (neurologie, ortopedie, psychiatrie, psychologie a dal.),  
pokud je žadatel v péči odborníků**

**Kopie přílohou**

**Infekční onemocnění, bacilonosičství:**

<b>Tělesné postižení:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<b>jaké?</b>
<b>Smyslové postižení:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<b>jaké?</b>
<b>Orientace časem:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>místem:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>osobou:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>Chůze bez pomoci:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>Trvale upoután na lůžko:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
<b>Schopnost sebeobsluhy:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>Inkontinence moči:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>Inkontinence stolice:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> částečně
<b>EP záchvaty:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<b>jaký typ?</b>
<b>Agresivita:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
<b>Autoagresivita:</b>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	

**Závislost (alkohol, cigarety, omamné látky, hazardní hry):**  ano  ne **jaká?**

**Závěr vyjádření stávajícího ošetřujícího lékaře k přijetí do Domova PETRA Mačkov  
(domova pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením)**

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Hlavním zdravotním postižením žadatele je mentální postižení	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Žadatel má z důvodu zdravotního postižení nízkou soběstačnost	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Žadatel je osobou s poruchami chování, která ohrožuje sebe a okolí	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

V.....dne.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
žadatele

***TUTO ČÁST VYPLŇUJE POUZE SMLUVNÍ LÉKAŘ  
DOMOVA PETRA MAČKOV***

**Vyjádření smluvního lékaře Domova PETRA Mačkov k přijetí žadatele:**

Vzhledem k údajům uvedeným v žádosti a lékařskému vyjádření

doporučuji

nedoporučuji

přijetí do Domova PETRA Mačkov.

Dne:.....

razítko

podpis lékaře