

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	Podání žádosti: č.j., datum:
<input type="checkbox"/> DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*	
<input type="checkbox"/> CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ*	
*Hodící se zaškrtněte	
Domov PETRA Mačkov Mačkov 79, 388 01 Blatná Tel.: 383 413 121, 383 413 102 - soc. pracovnice E-mail: info@domovpetra.cz Internet: www.domovpetra.cz Datová schránka: nhsu7m8	Datum zpět vzetí žádosti:
	Umístění požadují od:
Jméno a příjmení žadatele:	
Datum a místo narození:	RČ:
Adresa trvalého pobytu:	
Státní příslušnost:	
Občanský průkaz: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano č.:	Zdravotní pojišťovna:
Žadatel <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> je částečně omezen ve svéprávnosti	
Soudem nařízená ústavní výchova u nezletilého dítěte: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

Opatrovník/podpůrce/zastupující člen domácnosti:		
Příbuzenský vztah k žadateli:		
Ustanovený rozhodnutím soudu v:	č.j.:	ze dne:
Bydliště:		
Telefon:	e-mail:	

Rodiče	Matka	Otec
Jméno a příjmení		
Datum narození		
Národnost		
Bydliště		
Rodinný stav		
Telefon		
E-mail		
Kontaktní osoby		
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr k žadateli	Adresa, tel.č.
Je-li žadatel důchodcem		
druh důchodu:		
jiný pravidelný příjem žadatele:		

Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Přiznaný stupeň:
V případě, že žadatel není příjemcem příspěvku na péči, uveďte prosím důvod. <input type="checkbox"/> v současnosti zažádáno <input type="checkbox"/> příspěvek na péči nepřiznán <input type="checkbox"/> dosud nežádáno <input type="checkbox"/> jiné:.....
Přídavek na dítě: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pokud nedosahuje výše příjmů na úhradu sociálních služeb, je rodina ochotna dopláct tento rozdíl: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně Napište, kdo se bude podílet na úhradě:.....

Žadatel/ka navštěvoval/a školu		
Mateřskou v:	od	do
Základní v:	od	do
Učební obor v:	od	do
Žadatel/ka pobýval/a již dříve v jiném zařízení		
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
v:	od	do
v:	od	do
Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění do Domova PETRA Mačkov?		
Jaká jsou Vaše očekávání od sociální služby?		
Souhlasíte s registrací u smluvního ošetřujícího lékaře Domova PETRA Mačkov? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
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.

Vdne

.....

podpis žadatele (zákonného zástupce)

Přílohy k žádosti:

Kopie rodného listu

Kopie karty zdravotní pojišťovny

Kopie průkazky mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P)

Kopie rozsudku o svěřeni dítěte do péče, ústavní výchově, zbavení rodičovské zodpovědnosti, zbavení způsobilosti k právním úkonům

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

Kopie rozhodnutí o přídavku na dítě, důchodu, příspěvku na péči, další doklady o příjmu občana

Kopie rozhodnutí o zařazení dítěte do základní školy speciální

Dotazník k žádosti o poskytnutí pobytové sociální služby

Jméno a příjmení žadatele:			
oblast činnosti	zvládne sám	zvládne s pomocí	nezvládne
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 zámkem 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:

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