



ŽÁDOST O SLUŽBU

Žádám o poskytnutí sociální služby:

- Domov pro seniory
- Denní stacionář
- Odlehčovací služba
- Pečovatelská služba

Datum podání žádosti: _____

Jméno a příjmení žadatele: _____

Datum narození: _____ r. č. _____

Trvalé bydliště: _____

Současné bydliště: _____

(korespondenční adresa)

Státní příslušnost: _____

Rodinný stav: _____

Příspěvek na péči

a) Informace ohledně sdělení výše PnP, včetně fotokopie dokladu o výši vypláceného příspěvku jsou požadovány pouze v případě žádosti o sociální službu Domov pro seniory.

b) V případě žádosti o jinou sociální službu (ODLS, DS, PS) se jedná o údaj dobrovolný.

- Nepobírám PnP, nemám zažádáno
- Nepobírám PnP, mám zažádáno
- Pobírám PnP _____ stupně

Důvod podání žádosti o sociální službu

- Žadatel již není schopen z důvodu svého zdravotního stavu překonat situaci ve vlastním prostředí za pomoci jiné sociální služby (pečovatelská služba, denní stacionář)
- Žadatel žije osamoceně a nemá zajištěnou péči

- Žadatel žije s rodinou, ale rodina nemůže pečovat
 - Úmrtí osoby, která dosud o žadatele pečovala
 - Žadatel žije v nevyhovujících podmínkách (bariérový byt ...)
 - Jiné další důvody – popis nepříznivé sociální situace žadatele
-

Kontaktní osoby – jméno, příjmení, adresa, telefon, e-mail, vztah k žadateli:

Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti (má určeného opatrovníka)

Rozhodnutí soudu v _____ ze dne _____

Číslo jednací _____

Souhlas se zpracováním osobních údajů:

V souladu s ustanovením Zákona č. 101/2000sb. ve znění pozdějších předpisů o ochraně osobních údajů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů, souvisejících s uchováváním v evidenci žadatelů o sociální službu MěCKP, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by mohly mít následek neplatnost uzavřené Smlouvy o poskytování sociální služby.

Vlastnoruční podpis žadatele _____
(zákonného zástupce)

V: _____

Dne: _____

Vyjádření lékaře

pro poskytování sociálních služeb Městského centra komplexní péče
Benátky nad Jizerou II., Nám. 17. listopadu 593

Příjmení	Jméno	Datum narození
Trvalé bydliště		
Zdravotní pojišťovna	Ošetřující lékař, jeho adresa	
Číslo:	Měsíc a rok registrace:	

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Anamnéza:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Diagnózy /česky/:

	Stat.značka:
a) hlavní	
b) ostatní choroby	

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení /pokud ANO, vypsát KDE/
Plicní
Oční
Interna
Psychiatrie
Neurologie
Ortopedie
Chirurgie
Diabetologie
Alkoholicko-toxikologická poradna
Jiné:

Soběstačnost: zakroužkujte variantu odpovídající skutečnosti										
1. orientace:		osobou			místem			časem		
		plně	částečně	není	plně	částečně	není	plně	částečně	není
2. chůze:	Sám	S pomocí kompenzačních pomůcek (vyberte kterých):			Hůl, berle		Nechodí (trvale upoután na lůžko)			
					Chodítko					
					Inv.vozík					
3. inkontinence:		moč			stolice					
stupeň		I.	II.	III.	I.	II.	III.			
4. závislost na pomoci druhé osoby:										
nezávislý		lehká		středně těžká		těžká		úplná		

Datum, razítko a podpis lékaře