

10. Čím žadatel odůvodňuje **potřebnost poskytování služby** (jak má nyní zajištěnu péči o domácnost, příp. o vlastní osobu? Žije osaměle, je umístěn ve zdravotnickém zařízení, má pečovatele.....?)

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

11. Jméno a adresa **zákonného zástupce**, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům:

.....
.....
rozhodnutí soudu v ze dne
č.j.

12. **Zdravotní pojišťovna:**

Ošetřující **praktický lékař** (jméno, adresa, telefon):

.....

13. **Kontaktní osoba** určená zájemcem o službu, pro jednání ve věci vyřízení žádosti a případného přijetí (žadatele) do zařízení:/ kontaktní osoba může být i sám zájemce o službu/

Jméno a přesná adresa:

.....
.....

Pošta: telefon (i mobilní):.....

e-mail:

14. Jiná důležitá sdělení:.....

.....

15. Je žadatel klientem jiného pobytového zařízení sociálních služeb? ANO – NE *

Kterého? od do

Informace o dalším postupu

Po doručení Vaší žádosti do Domu seniorů, pracovníci pověřeni vyřizováním žádostí posoudí na základě poskytnutých podkladů, zda patříte do cílové skupiny uživatelů a zda je Vaše přijetí do zařízení možné. Posouzení proběhne zpravidla v termínu do 30 dnů ode dne podání žádosti se všemi přílohami. V případě kladného výsledku rozhodne organizace o schválení Vaší žádosti. O této skutečnosti budete písemně vyrozuměn. V případě, že kapacita zařízení nebude aktuálně naplněna, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a bude s Vámi uzavřena Smlouva o poskytování služby. Pokud bude kapacita zařízení naplněna, budete zařazení do seznamu žadatelů. Poté, co se kapacita uvolní, bude Vám navržen termín zahájení poskytování služby a uzavřena Smlouva o poskytování služby.

V případě, že bude Vaše žádost zamítnuta, budete o této skutečnosti včetně zdůvodnění písemně vyrozuměn. Organizace Vám v tomto případě poskytne informace o dalších možnostech řešení Vaší situace.

16. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti a přílohách uvedl pravdivě, v dobré víře a bez nátlaku.

Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by mohly mít za následek požadování náhrady vzniklé škody, případně i ukončení pobytu v domově.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, **svým podpisem uděluji souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení mé žádosti v DS Mladá Boleslav, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, aby se pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejích přílohách.

.....
čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce (u zákonného zástupce uveďte jeho adresu)

Dne Vtelefon

**Vyjádření lékaře (nedílná součást žádosti)
o zdravotním stavu žadatele k žádosti do Domu seniorů Mladá Boleslav**

1. Žadatel			
..... příjmení (u žen též rodné příjmení)	 jméno	
narozen	 R.Č.	
..... den, měsíc, rok	 místo	
bydliště:			
..... ulice	 číslo místo
..... PSC, pošta			
2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
3. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
4. Trpí žadatel demencí? ANO Typ demence: Stupeň:			
NE			
5. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí na omamných, psychotropních příp. jiných látkách?			
ANO Jaká			
NE			
6. Diagnóza (česky a pouze hlavní choroby)			
ostatní choroby nebo chorobné stavy			

8. Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *			
Potřebuje zvláštní péči – jakou:			
Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu ?			
	ANO	NE	
Pokud ano, pro jakou ?			
.....			
Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu ?			
	ANO	NE	
Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým je sledován:			
.....			
9. Je schopen chůze bez cizí pomoci			
		ANO	NE
Používá kompenzační pomůcky:	hole brýle	invalidní vozík sluchadlo	chodítka zubní protéza
Sluch:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu
Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku
			neslyší nevidí
Je upoután trvale – převážně * na lůžko		ANO	NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle		ANO	NE
Je schopen sám se najíst, napít		ANO	NE
Inkontinence	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Používá WC křeslo u lůžka		ANO	NE
Defekty kůže:	ANO:	dekubity (stupeň, lokalizace) intertrigo jiné	NE
10. Poslední očkování proti tetanu, chřipce, Pneumo 23:			
11. Jiné údaje:			
Dne.....v.....			
..... razítka a podpis vyšetřujícího lékaře			

* Nehodící se škrtněte.

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

**K řádně vyplněné a podepsané žádosti
do Domu seniorů Mladá Boleslav je třeba doložit:**

- **Aktuální vyjádření registrujícího praktického lékaře (pouze na formulář zařízení,)** Pokud je žadatel hospitalizován, je možné nahradit je vyjádřením ošetřujícího lékaře ve zdravotnickém zařízení a vyjádření obvodního lékaře dodat až před podpisem Smlouvy o poskytování služby. Vyjádření lékaře má platnost nejdéle 12 měsíců ode dne vyplnění, v případě překročení této doby je při přijetí do zařízení nutno vyjádření obvodního lékaře aktualizovat.
- **Kopii nejnovějšího rozhodnutí úřadu důchodového zabezpečení,** kterým byla přiznána výše důchodu
- **Kopii dokladu o přiznání příspěvku na péči,** případně o podání žádosti o tento příspěvek
- **Kopie dokladů v případě, že žadatel je zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům** (rozhodnutí soudu, usnesení o ustanovení opatrovníka)
- **Sociální šetření nebo krátká zpráva o sociální situaci žadatele** – zajistí po dohodě sociální pracovnice zařízení nebo sociální pracovnice v místě aktuálního pobytu (např. žadatel je ve zdravotnickém zařízení nebo je příjemcem jiné pobytové služby), šetření může případně provést i pracovník obecního úřadu v místě bydliště

- **Zájemce o poskytování služby musí, dokumenty a doklady k tomu potřebné doručit přímo na adresu domova seniorů:**

Dům seniorů Mladá Boleslav, poskytovatel sociálních služeb

Olbrachtova 1390/11

Mladá Boleslav 293 01

Tel. 326 718 623

Fax: 326 718 630

E-mail: srajerova@ddmb.cz

Sociální pracovnice: Šrajerová Marcela

Případné dotazy k postupu vyřizování žádosti Vám sdělí sociální pracovnice domova.

Kopie dokladů a dokumentů není třeba ověřovat.