



ŽÁDOST O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU

Vila Vančurova o. p. s.
Vančurova 1217/5, 746 01 Opava

tel.: 731 152 926, e-mail: socialni.pracovnice@vilavancurova.cz, www.vilavancurova.cz

- DOMOV PRO SENIORY
 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM
 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

Došlo dne:

Číslo jednací

ZÁKLADNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno a příjmení			
Rodné příjmení		Stav	
Datum narození		Místo narození	
Rodné číslo *		Zdrav. pojišť'ovna	
Státní příslušnost		Původní povolání	
Trvalé bydliště			
Kontaktní adresa			
Telefon		E-mail	
Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> I. stupeň 880 Kč <input type="checkbox"/> II. stupeň 4.400 Kč <input type="checkbox"/> III. stupeň 8.800/12.800 Kč <input type="checkbox"/> IV. stupeň 13.200/19.200 Kč <input type="checkbox"/> Příspěvek v řízení <input type="checkbox"/> Bez příspěvku	Preferovaný typ ubytování – i více variant	<input type="checkbox"/> jakýkoliv pokoj <input type="checkbox"/> jednolůžkový pokoj <input type="checkbox"/> dvojlůžkový pokoj
Výše důchodu *	Kč		

* uvedení není povinné

NÁSTUP DO ZAŘÍZENÍ

Akutní, nejlépe ihned	V blízké budoucnosti	Zatím jen zařadit do evidence
-----------------------	----------------------	-------------------------------

1. KONTAKTNÍ OSOBA nebo NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÝ

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

O UMÍSTĚNÍ JEDNEJTE JEN S UVEDENOU KONTAKTNÍ OSOBOU: ANO NE**OPATROVNÍK, ZÁSTUPCE – přiložte prosím odpovídající dokument (rozhodnutí, usnesení..)**

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

2. KONTAKTNÍ OSOBA

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

DŮVODY PODÁNÍ ŽÁDOSTI, ZAJÍMAVOST O MĚ NEBO CO BYCHOM MĚLI VĚDĚT:

--

Tč. HOSPITALIZOVÁN, V ZAŘÍZENÍ SOC. SLUŽEB apod.

Název zařízení			
Adresa			
Kontaktní osoba (soc. pracovník, staniční sestra,...)		Telefon/E-mail	
Kontaktní osoba (soc. pracovník, staniční sestra,...)		Telefon/E-mail	

ZVLÁDÁNÍ SEBEOBSLUHY, SOBĚSTAČNOST

Prosíme, označte křížkem způsob, jakým NYNÍ zvládáte tyto úkony:

druh úkonu	ANO	S POMOCÍ	NE
příprava stravy			
podávání, porcování stravy			
přijímání stravy, dodržování pitného režimu			
mytí obličeje a rukou			
koupání nebo sprchování			
péče o ústa, vlasy, nehty, holení			
výkon fyziologické potřeby včetně hygieny			
výměna inkontinentní pomůcky			
vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh			
sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě			
stání, schopnost vydržet stát			
přemísťování předmětů denní potřeby (hrnek, peněženka, taška,...)			
chůze po rovině			
chůze po schodech nahoru a dolů			
výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení			
oblékání, svlékání, obouvání, zouvání			
orientace v přirozeném prostředí (okolí bydliště)			
provedení si jednoduchého ošetření (náplast, mast)			
dodržování léčebného režimu (pravidelné užívání léků, apl. inzulínu,..)			
komunikace slovní, písemná, neverbální			
orientace vůči jiným lidem, v čase a mimo přirozené prostředí			
nakládání s penězi nebo jinými cennostmi			
obstarávání osobních záležitostí (úřady,..)			
uspořádání času, plánování života			
zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku (volnočasové aktivity, koníčky,..)			
péče o prádlo (špinavé, čisté..)			
péče o lůžko (ustýlání, převlékání,..)			
obsluha běžných domácích spotřebičů			
manipulace s kohoutky a vypínači			
zamykání, otevírání, zavírání dveří a oken			

K ŽÁDOSTI PŘILOŽTE NÁSLEDUJÍCÍ DOKUMENTY:

- Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- dokument o omezení svéprávnosti, ustanovení opatrovníka nebo zástupce při plné moci
- **potvrzení lékaře**, pokud žadatel **není schopen samostatného jednání nebo podpisu** a nemá ustanoveného opatrovníka nebo zástupce na základě plné moci
- **vyjádření ošetřujícího psychiatra k umístění do Domova se zvláštním režimem - POVINNÉ**

Zpracování osobních údajů:

Žadatel nebo jeho zástupce podpisem bere na vědomí, že při vyřizování jeho žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb dochází ke zpracování jeho osobních údajů, které uvedl, a to v rozsahu nezbytném k vyřízení.

Zákonnost zpracování

Zpracování je prováděno na základě plnění právních povinností Vila Vančurova o.p.s. a na základě nezbytnosti takového zpracování ke splnění úkolů ve veřejném zájmu, tedy zajištění poskytování služeb sociální péče. Příjemcem osobních údajů je pouze Vila Vančurova.

Povinnost poskytnout osobní údaje

Žadatel nebo jeho zástupce je srozuměn s tím, že pokud by se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu nesouhlasil, řízení o žádosti by nemohlo proběhnout a s žadatelem by tak nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí služby sociální péče. V tomto smyslu je tedy poskytnutí osobních údajů povinné.

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:

- Prohlašuji, že všechny údaje v této žádosti jsou pravdivé.
- **Oznámím poskytovateli služby jakékoli změny uvedených údajů, zejména nástup do jiného zařízení..**
- Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé údaje by mohly mít za následek i ukončení poskytování soc. služby.
- Prohlašuji, že uvedeným informacím jsem plně porozuměl/a a **považuji poučení mé osoby za dostatečné.**

.....
DATUM

.....
PODPIS ŽADATELE

.....
Jméno a podpis ustanoveného zástupce/opatrovníka



VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

k žádosti o přijetí do Vila Vančurova o. p. s.

1. Žadatel (osoba, které má být služba poskytována):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

2. Anamnéza (rodinná, pracovní, osobní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v příp. orgánového postižení i status localis):

4. Duševní stav (demence mírná, střední, těžká, popř. projevy narušující kolektivní soužití, psychiatrické ataky v minulosti):

5. Diagnóza (lze nahradit kopií aktuální lékařskou zprávou z nemocnice)

6. Současná terapie a její dávkování:**ŽADATEL****Poznámky + specifikace**

je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE	
je trvale ležící	ANO	NE	
je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE	
je inkontinentní - moč	ANO	NE	
- stolice	ANO	NE	
používá kompenzační pomůcky	ANO	NE	
má kožní defekty	ANO	NE	
je orientován – místem, časem, osobou	ANO	NE	
je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO	NE	
vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO	NE	
potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou	ANO	NE	
má předepsanou dietu	ANO	NE	
je alergický	ANO	NE	
je pod dohledem odborné ambulance	ANO	NE	

T.č. u žadatele není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí.

.....
DATUM.....
RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE, který žádost vyplnil