



příspěvková organizace

Háj 1253, 584 01 Ledec nad Sázavou

Tel: 569 720 881

E-mail: info@domovhaj.cz, www.domovhaj.cz

Bankovní spojení: KB Ledec nad Sázavou

Číslo účtu: 2795380287/0100

IČ: 60128054

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Vyplní žadatel (zákonný zástupce, kontaktní osoba)

Kontaktní údaje	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Telefon:
Adresa trvalého bydliště:	
Doručovací adresa (pokud je odlišná od trvalého bydliště):	

Zákonný zástupce žadatele¹:
Jméno a příjmení:
Telefon, email:
Adresa trvalého bydliště (doručovací adresa):

Kontaktní osoba²:
Jméno a příjmení:
Telefon, email:
Adresa trvalého bydliště (doručovací adresa):

¹ Uveďte pouze v případě, že je žadatel omezen či zbaven způsobilosti k právním úkonům.

² Uveďte pouze v případě, že žádost vyplňuje jiná osoba než žadatel nebo opatrovník.



Životní situace žadatele (povinné údaje):
Důvod podání žádosti

Využíval nebo využívá žadatel nějakou sociální službu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, vyplňte prosím následující:
Zařízení:
Od - do:

Prohlášení žadatele (zákonného zástupce)

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti i přílohách jsou pravdivé, a že jsem nezamlčel žádné důležité údaje, které by mohly ovlivnit přijetí do Domova Háj.

Dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím, aby uvedené údaje v žádosti i přílohách byly použity pro řízení o přijetí do Domova Háj, a to po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.

O vyřízení žádosti bude žadatel informován v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

V: _____ dne: _____

Podpis žadatele (zákonného zástupce)

K žádosti je nutno dodat:

- Kopie listiny o ustanovení opatrovníka (v případě, že je žadatel omezen či zbaven způsobilosti k právním úkonům),
- Vyjádření lékaře (praktický, psychiatr) – (v případě potřeby našeho odborného lékaře můžeme dodatečně požadovat psychologické vyšetření), pokud žadatel není v péči psychiatra, požádá o vyjádření svého ošetřujícího lékaře,
- Orientační dotazník



ORIENTAČNÍ DOTAZNÍK

Vyplní žadatel (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

S čím během dne potřebujete pomoci, kdo vám pomáhá a jak?

Ráno: *(např. vstávání, hygiena, snídaně)*

Dopoledne: *(např. náplň času, cestování do práce, nákup)*

Odpoledne:

Večer:

Noc:



Potřebujete pomoc se zvládnutím situace, když se vám něco nelíbí nebo když se rozzlobíte? A jakou pomoc? (např. nechat o samotě, povídat si, předejít sebepoškozování,...)

Prostor pro další sdělení:

V: _____ dne: _____

Podpis žadatele (zákonného zástupce)

Nakládání se Žadostí o poskytování služby sociální péče v domově pro osoby se zdravotním postižením:

- Je-li právě k dispozici volné místo pro přijetí nového klienta, je zahájeno jednání o přijetí zájemce do Domova Háj.
- Je-li kapacita Domova Háj naplněna, Žádost je zařazena do evidence žadatelů a tato skutečnost je žadateli oznámena.
 - Žadatel zařazení do evidence může odmítnout.
 - Pořadí žádosti v evidenci je určeno na základě vnitřního bodovacího systému.
 - Na základě evidence žádostí je při uvolnění kapacity kontaktován zájemce, který je v evidenci zařazen nejvýše. (Kontakt upřesní, zda zájem o poskytnutí služby trvá.)



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE (PRAKTICKÉHO, PSYCHIATRA)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Pojišťovna:

Úroveň mentálního postižení:

Příčina snížení intelektu: vrozená získaná

Jiná závažná duševní porucha či onemocnění:

Medikace:

Lékařská péče

- je potřebná? trvale občas není potřeba

Jakého druhu:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění / parazitární chorobu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, jakého druhu:
Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, jakého druhu:



Projevy narušující kolektivní soužití, případně ohrožující sebe či okolí:

Anamnéza (rodinná, osobní):

Objektivní nález:

Jiné údaje:

Dne: _____

Razítko a podpis lékaře