



Žádost o poskytnutí pobytové sociální služby

Vyplňuje poskytovatel	
Evidenční číslo žádosti (přiděleno po zaevidování)	
Datum vřazení do evidence	

Vyplňuje zájemce o službu

Příjmení	Jméno	Titul
Trvalé bydliště - město	Ulice, číslo popisné, PSČ	
Doručovací adresa - město (liší-li se od TB)	Ulice, číslo popisné, PSČ	
Datum narození	Státní příslušnost	Kontaktní údaje (telefon, e-mail)
Důvod podání žádosti	Očekávání a požadavky od sociální služby	
Osoba blízká (příjmení, jméno, titul, vztah k zájemci)	Kontakt na osobu blízkou (adresa, telefon, e-mail)	
Za zájemce, u kterého soud rozhodl o omezení způsobilosti (nutné doložit), je na žádosti a následně i na smlouvě nutný podpis zákonného zástupce (opatrovníka, zástupce člena domácnosti atd.).		
Zákonný zástupce (příjmení, jméno, titul)	Kontakt na zákonného zástupce (adresa, telefon, e-mail)	

Čerpání služby je podmíněno uzavřením písemné smlouvy, a to v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

Zájemce o službu bere na vědomí, že žádost je potvrzena písemným vyjádřením lékaře a zvolením cílové skupiny. Poté následuje proces schvalování žádosti smluvním lékařem. V případě, že zájemce splnil všechna kritéria, je proces schvalování žádosti ukončen vřazením žádosti do evidence zájemců o službu na dobu dvou let, o čemž je zájemce písemně informován. Nepravdivé údaje mohou vést k vyřazení žádosti z evidence zájemců o službu.

Zájemce o službu prohlašuje, že si řádně přečetl náležitosti této žádosti, veškeré údaje v této žádosti uvedl podle skutečnosti a stvrzuje svým podpisem, že záměr podat žádost je projevem svobodné vůle.

V

dne

Podpis zájemce o službu (zákonného zástupce)

Poskytovatel se zavazuje, že s osobními údaji získanými pro potřebu zpracování žádosti bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu zájemce o službu

Příjmení (zájemce)	Jméno	Titul	Datum narození
Hlavní diagnóza (česky)			
Ostatní diagnózy (v případě nedostatku místa, doplňte přílohou)			
Projevy narušující kolektivní soužití	<input type="checkbox"/> ANO (jaké)		<input type="checkbox"/> NE
Zájemce o službu			
<input type="checkbox"/> trpí akutní infekční chorobou	<input type="checkbox"/> ANO (jakou)		<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> je upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> PŘEVÁŽNĚ	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> je schopen sebeobsluhy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> potřebuje nepřetržitý dohled lékaře	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> OBČAS	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> užívá kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> ANO (jaké)		<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> trpí poruchou komunikace	<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE
Zájemci doporučuji čerpat službu			
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)	<input type="checkbox"/> Domov pro seniory (DS)	<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem (DZR)	

V

dne

Podpis a razítko **praktického** lékaře

Vyjádření smluvního lékaře ke zvolenému druhu služby

Schvaluji doporučení praktického lékaře	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Doporučuji	<input type="checkbox"/> DOZP	<input type="checkbox"/> DS	<input type="checkbox"/> DZR	<input type="checkbox"/> není vhodný k čerpání nabízených služeb
V	dne	Podpis a razítko smluvního lékaře		

Informace poskytovatele

Při převzetí žádost	<input type="checkbox"/> Úplná	<input type="checkbox"/> Neúplná - datum doložení
Zájemce o službu je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zájemce o službu je schopen podpisu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Poznámka (žádost o odklad apod.)	Datum	
Důvod zrušení žádosti	Druh služby	Datum