

Odbor sociálních věcí a péče

Náměstí 70, CZ – 382 41 Kaplice, tel.: 607 570 111, fax: + 420 380 303 180
www.mestokaplice.cz, hana.smejkalova@mestokaplice.cz

**Žádost o umístění
do Domu s pečovatelskou službou**

**Jméno a příjmení žadatele (ky)**: ……….………………….…………………………………

Narozen (a): …………………………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: …….…………………………………………………………………….…….

Současné místo pobytu: …….………………………….…………………………………….…

Státní příslušnost:………………………………………………………………….………….…

Telefon: ……….………………………………………………………………….…………….

**Důvod podání žádosti**: Zdravotní stav Neschopnost pečovat o domácnost

Jiný důvod ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Označte křížkem, o jaké zařízení máte zájem:

**Dům s pečovatelskou** **službou Kaplice**

**Dům s pečovatelskou službou Blansko**

**Nezáleží na zařízení**

Označte křížkem, o jaký byt máte zájem:

**Garsonka**

 **1+1**

Poznámka:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V současné době bydlím v:**

 Rodinném domě Panelovém domě Bytovém domě

**V patře č**. ………

**Způsob vytápění bytu:** ………………………………………………………………………..

V současné době již využívám pečovatelskou službu:

ANO (**uveďte konkrétně**) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NE

V případě umístění bych chtěl(a) využívat pečovatelskou službu:

ANO (**uveďte konkrétně)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 NE

 **Osoby žijící se žadatelem ve společné domácnosti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** | **příbuzenský poměr** | **adresa** | **telefon** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Kdo má být v případě nutnosti informován o vážném onemocnění nebo úmrtí žadatele?**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………..

Přesná adresa a telefon: ……………………………………………………………………….

Jméno a adresa zákonného zástupce (je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům: ………………………………………………………………………………………………….....

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce**):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a o změnách v těchto údajích nebo o nástupu do jiného zařízení sociálních služeb budu město Kaplice informovat. Dále souhlasím s tím, aby pro účely posouzení žádosti o přidělení bytu v Domě s pečovatelskou službou Kaplice/Blansko bylo provedeno sociální šetření v místě mého bydliště nebo v místě, kde se převážně zdržuji, a to i opakovaně. Zároveň tímto podpisem prohlašuji, že vůči městu Kaplice nemám žádné pohledávky.

V ………………. dne ………….

 …………………………………

podpis žadatele

(zákonného zástupce)

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**:

V souladu s ustanovením zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů souvisejících s pobytem v Domě s pečovatelskou službou do doby jejich archivace a skartace. Souhlasím s tím, aby v souvislosti s vyřizováním mé žádosti o umístění byly zveřejněny mé osobní údaje a další informace zjištěné při sociálním šetření.

V ………………. dne ………….

……………………………………..

 podpis žadatele

 zákonného zástupce

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

(povinná příloha žádosti)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Jméno a příjmení |  |
| 2. Datum narození |  |
| 3. Adresa trvalého bydliště |  |
|  |  |

4. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

5. Zdravotní stav (popřípadě projevy narušující kolektivní soužití):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Další údaje**, které jsou podle Vás důležité pro rozhodnutí o umístění v Domě s pečovatelskou službou ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Žadatel (ka):

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO/NE\*)

Používá hole, chodítko, invalidní vozík? ANO/NE\*)

Trpí závratěmi nebo opakovanými pády? ANO/NE\*)

Je upoután trvale - převážně\*) na lůžko? ANO/NE\*)

Je schopen sám sebe obsloužit? ANO/NE\*)

Potřebuje lékařské ošetření trvale? ANO/NE\*)

 Vstane bez pomoci ze židle? ANO/NE\*)

Je schopen se/si sám:

- najíst ANO/NE\*)

- vykoupat ANO/NE\*)

 - obléci ANO/NE\*)

 - obout ANO/NE\*)

\*) nehodící se škrtněte

***upozornění:*** *Smyslem Domu s pečovatelskou službou Kaplice/Blansko je podpora soběstačnosti a nezávislosti občanů, kteří potřebují z důvodu stáří či nepříznivého zdravotního stavu pomoc jiné fyzické osoby. Tyto domy přispívají ke zkvalitnění života prostřednictvím pečovatelské služby, která je v těchto domech zajišťována v pracovní dny. Není zde zajišťována komplexní celodenní péče.*

**Doporučení lékaře:**

**Doporučujeme** - **nedoporučujeme** umístění žadatele do Domu s pečovatelskou službou Kaplice/Blansko.

Dne ................................

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

 Podpis a razítko lékaře, zařízení