**Žádost o zařazení do evidence žadatelů o přijetí**

**do Domova pro seniory Česká Třebová**

**Kontaktní telefon Domova pro seniory – sociální pracovnice: 465 503 403/440**

 Den přijetí žádosti: ……………..….

 (vyplní pracovník Domova pro seniory)

 Žádost si podávám:

* **jako žadatel o umístění – akutní nástup do ½ roku**
* **jako žadatel o vedení v evidenci žadatelů – nástup za ½ roku a déle**

Jméno a příjmení: ................................................................................... Titul: ...........................

Rodné příjmení: ................................................................ Rodinný stav: ...................................

Datum narození: ............................................. Aktuální telefonní spojení: ....................................

Adresa trvalého bydliště: ........................................................................................ PSČ: .................

Současné místo pobytu, pokud je jiné než adresa trvalého bydliště (např. LDN, nemocnice apod): ............................................................................................................................................................

Jméno, adresa a telefon na obvodního lékaře: ...................................................................................

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

Pokud jste **příjemce příspěvku na péči**, uveďte stupeň závislosti: **I. II. III. IV.**

Odebíráte úkony **Pečovatelské služby Česká Třebová**?: ANO – NE

Využíváte jiné služby (charita, domácí péče, dovoz obědů, péče rodiny)?

* ANO, jaké: …………….…………………………………………………………………..
* NE

**Kontakt na příbuzné žadatele:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | Vztah: | Přesná adresa: | Telefonický kontakt: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Odůvodnění žádosti:**

**Proč potřebujete nastoupit do Domova do seniory? Co od naší služby očekáváte:** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**S jakými činnostmi potřebujete pomoci?**

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

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

**Jak byla Vaše situace doposud řešena? Proč již dosavadní řešení nevyhovuje?**

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

**Jméno a adresa opatrovníka, je-li žadatel/ka omezen/a ve svéprávnosti:**

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

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce) o zpracovávání údajů uvedených v žádosti:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivě uvedené údaje by mohly mít za následek případné vyřazení žádosti z evidence. Zároveň
se zavazuji nejpozději do 8 dnů informovat Domov pro seniory Česká Třebová o změnách rozhodných pro vedení žádosti v evidenci – na neohlášené změny nebude brán zřetel.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím se zpracováváním (tím se rozumí zejména shromažďování, ukládání
na nosiče, používání, uchovávání, třídění a předávání) mých osobních údajů, které jsou uvedeny na této žádosti o zařazení do pořadníku žadatelů o přijetí do Domova pro seniory, pověřenými zaměstnanci Domova pro seniory v České Třebové, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Souhlasím, aby do mé dokumentace nahlížely osoby způsobilé k výkonu sociálního a zdravotnického povolání, ředitel a spisový referent zařízení pouze v rozsahu nezbytně nutném
pro splnění konkrétního úkolu. Poskytnutí tohoto souhlasu je dobrovolné.

............................................................... V ........................................ dne ………….

vlastnoruční podpis žadatele,

příp. jeho opatrovníka

**Přílohami žádosti jsou:**

* vyjádření lékaře
* má-li žadatel omezenou svéprávnost – rozsudek soudu o omezení svéprávnosti a listina
o jmenování opatrovníka

Na základě doručení této žádosti do Domova pro seniory Česká Třebová s Vámi sociální pracovnice domluví jednání, při kterém dojde ke zhodnocení Vaší nepříznivé sociální situace a vhodnosti našeho zařízení pro Vás. **Vyplnění všech údajů na žádosti je povinné, v případě dotazů kontaktujte soc. pracovnice na tel.: 465 503 403/440.**

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

**k žádosti o zařazení do evidence žadatelů o přijetí**

**do Domova pro seniory Česká Třebová**

**1. Žadatel**: ……………………………………………………………..…………………………………..

příjmení a jméno (u žen též rodné jméno):

Narozen: ………………………………………………………...………………………………………….

den, měsíc, rok místo

Bydliště……………………………………………………………………………….…………….….……

místo ulice číslo popisné okres

**2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

**4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

**5. Diagnóza** (česky) Číslo diagnózy podle MKN: ………………..

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

**6. Je schopen chůze bez cizí pomoci:**

ano - ne - s dopomocí \*)

**7. Je upoután na lůžko:**

ano - ne \*)

**8. Jestliže je upoután na lůžko, tak** PŘEVÁŽNĚ - ČÁSTEČNĚ \*)

**9. Je schopen sám sebe obsloužit:**

ano - ne - částečně \*)

**10. Je v čase, prostoru a vlastní osobou orientován:**

ano - ne - částečně \*)

**11. Inkontinence:** ne

občas

v noci

trvale

**12. Potřebuje ošetřovatelskou péči:** trvale

občas

**13. Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ?**

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního,

poradny diabetické, protialkoholní apod. \*)

……………………………………………………………………………………………………………….

**14. Potřebuje zvláštní péči** - jakou:

**15. Další speciální údaje, např.:**

- psychiatrické onemocnění

- abusus alkoholu

- TBC

- HbSAg

**16. Jiné údaje:**

Dne: ………………………… ………………….………….

razítko ZZ podpis vyšetřujícího lékaře

\*) nehodící se škrtněte