



Evidenční číslo žádosti / datum podání žádosti  
(vyplní Domov důchodců Pohoda)

## Žádost o poskytování sociálních služeb v Domově důchodců Pohoda

### Pobytová služba sociální péče:

- domov pro seniory, domov se zvláštním režimem (trvalý pobyt)★  
 odlehčovací služba (pobyt na omezenou dobu) ★ v termínu:.....

### ÚDAJE ŽADATELE/KY

**Jméno žadatele :** .....

(včetně rodného příjmení)

**Datum a místo narození:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon žadatele/ky:** .....

**Současný pobyt:** .....

(Adresa, na které se žadatel/ka v současné době zdržuje a kde bude možnost provést sociální šetření - např. u příbuzných, ve zdr.zařízení, atd.)

**Korespondenční adresa :**

- shodná s místem trv. bydliště  shodná s místem současného pobytu  
 jiná (uvedte ):.....

**Příspěvek na péči :**  NE  ANO  1.stupeň  zažádáno  
 2. stupeň datum kdy.....  
 3. stupeň  zažádáno o zvýšení  
 4. stupeň datum kdy.....

### KONTAKTNÍ OSOBY

**1. Jméno :** .....

**Vztah k žadateli:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon:** ..... **Email:** .....

**2. Jméno :** .....

**Vztah k žadateli:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Telefon:** ..... **Email:** .....

★ Označte požadovanou službu sociální péče

### Důvod podání žádosti:

mám zájem o přijetí

podávám žádost DO BUDOUCNA

### Ve kterých uvedených činnostech potřebujete pravidelnou pomoc:

najedení / napití	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
oblékání/ svlékání	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
osobní hygiena	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
přesun lůžko-židle	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
chůze	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
orientace v čase a prostoru	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne

Další situace, kdy potřebujete pomoc: .....

### V případě, že je žadatel soudně zbaven způsobilosti k právním úkonům, vyplňte následující:

Jméno opatrovníka/zástupce člena domácnosti :

.....

Trvalé bydliště: .....

Telefon: ..... Email: .....

### Povinné přílohy k žádosti:

#### 1. Vyjádření lékaře

Jedná se o lékařské vyjádření praktického (ošetřujícího) lékaře žadatele/ky, obsahující nejdůležitější informace z oblasti zdravotního stavu pro poskytování sociální služby.

#### 2. Dokument o ustanovení opatrovníkem/zástupcem člena domácnosti, ...

Jedná se o rozsudek, usnesení soudu, smlouvu o nápomoci - pokud je jeden z těchto druhů podpory žadateli/ce poskytován.

Prohlašuji, že veškeré údaje jsou uvedeny pravdivě.

V ..... dne .....

.....  
vlastnoruční podpis žadatele/opatrovníka



**ZNAČKA KVALITY**  
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH