

Evidenční číslo:

Datum přijetí žádosti:

Způsob doručení žádosti:

OSOBNĚ – POŠTA – E-MAIL

Na žádost bylo reagováno a s podmínkami
byl žadatel (jeho pověřenec) seznámen¹:

Tabulku vyplní pověřený zaměstnanec Domova Vesalius v Opavě



Ž Á D O S T
o poskytnutí pobytové sociální služby
V Domově Vesalius v Opavě
(domov pro osoby se zdravotním postižením)

Žadatel:

Jméno a příjmení, včetně titulů:		
Datum narození:	Rodinný stav ² :	Telefon:
Bydliště:		PSČ:
Stupeň závislosti na pomoci - příspěvek na péči ³ :		
I. stupeň – II. stupeň – III. stupeň – IV. stupeň – NEPŘIZNÁN – V ŘÍZENÍ		
Aktuálnost žádosti ⁴ :		
ZÁJEM V BUDOUCNU – NALÉHAVÝ – VELMI NALÉHAVÝ		
Kontaktní adresa (v případě, že není shodná s bydlištěm):		
Zdravotní pojišťovna:	Praktický lékař, adresa, kontakt:	

¹ Osobně, telefonicky, sms, dopisem, e-mailem apod.

² Rodinný stav zapíše jednu z uvedených možností: svobodný(á), ženatý/vdaná, vdovec/vdova, rozvedený(á), registrované partnerství.

³ Označte současný stav – je možné označit více možností, např. máte přiznán II. stupeň a žádáno o zvýšení (označíte tedy II. stupeň a zároveň v řízení)

⁴ Označte urgentnost žádosti

Důvod podání žádosti:			
Jméno a příjmení příbuzného:	Poměr k žadateli:	Aktuální telefonní kontakt:	Aktuální e-mailový kontakt:
Jméno, příjmení, kontaktní adresa a aktuální telefonní číslo na opatrovníka (na základě Usnesení soudu či Rozsudku):			
Zvláštní potřeby při komunikaci (tímto se rozumí např. tlumočnick, text v Braillovém písmu apod.):			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Žadatel o službu prohlašuje, že všechny údaje uvedl dle skutečnosti a je si vědom toho, že při zamlčení podstatných údajů nebo při jejich zkreslení může být vyřazen z databáze žadatelů o poskytování pobytové sociální služby. ❖ Podáním žádosti udělujete svůj souhlas společnosti Vesalius spol. s r.o., IČ 268 75 012, se sídlem Slezská 336, 747 31 Velké Hoštice, jakožto správci osobních údajů („správce“ nebo „společnost“) k tomu, aby zpracovával Vaše osobní údaje vyplývající z této žádosti včetně příloh. Souhlas udělujete dle Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) („GDPR“), dle dalších platných právních předpisů. 			
V.....dne.....	 Podpis žadatele o službu	

Nedílnou součástí žádosti jsou následující písemné dokumenty:

1. vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o službu
2. kopie Usnesení soudu (pokud je ustanoven opatrovník)

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění v pobytovém zařízení dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Jméno a příjmení
žadatele:

.....

Narozen/a:

.....

Bytem:

.....

Obec, směrovací číslo:

.....

1. Anamnéza (osobní, pracovní, rodinná):

2. Objektivní nález status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

4. Diagnóza (česky):

Statická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti:		
Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO*	NE*
Je upoután na lůžko trvale – převážně*	ANO*	NE*
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO*	NE*
Kontinence	Kontinentní*	Inkontinentní*
Potřebuje lékařské ošetření trvale – občas*	ANO*	NE*
Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického či interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.	ANO*	NE*
Specifikujte.....		
Potřebuje zvláštní péči Specifikujte.....	ANO*	NE*
6. Jiné údaje		
Žadatel trpí psychiatrickým onemocněním	ANO*	NE*
Žadatel má neurodegenerativní nemoc	ANO*	NE*
Žadatel trpí chronickým duševním onemocněním	ANO*	NE*
Žadatel je závislý na návykových látkách nebo alkoholu	ANO*	NE*
Žadatel je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu	ANO*	NE*
Žadatel je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO*	NE*
Žadatel potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou	ANO*	NE*
Žadatel potřebuje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO*	NE*
Žadatel je osobou s mentálním postižením	ANO*	NE*
Žadatel je tělesně postižený	ANO*	NE*
V.....dne.....		
razítko		podpis lékaře

* nehodící se škrtněte