

Domov pro osoby se zdravotním postižením

příspěvková organizace

Dukelská 28

431 86 Kovářská

Žádost o poskytování sociální služby

podle zákona č.108/2006 Sb.

Žadatel

Jméno a příjmení.....

Datum a místo narození.....

Rodné číslo.....

Státní příslušnost.....

Rodinný stav.....

Trvalé bydliště.....

Telefon.....

Druh důchodu.....výše.....

Příspěvek na péči: NE – ANO ve výši..... stupeň.....

Rodinní příslušníci

Otec

Jméno a příjmení.....

Rok narození.....

Trvalé bydliště.....

Telefon.....

Matka

Jméno a příjmení.....

Rok narození.....

Trvalé bydliště.....

Telefon.....

Jiní

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

Zákonný zástupce/opatrovník

Jméno a příjmení.....

Trvalé bydliště.....

Telefon.....

Rozhodnutí soudu v.....ze dne.....č.jednací.....

V péči praktického lékaře.....

Jméno a příjmení.....

Trvalé bydliště.....

Telefon.....

V péči odborného lékaře

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

Byl žadatel v minulosti umístěn v některém ústavu?

ANO (ve kterém).....

.....

NE

Důvod umístění do zařízení

.....

.....

.....

V Kovářské dne

Podpis žadatele

V příloze:

1. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

2. Prohlášení žadatele

Domov pro osoby se zdravotním postižením

příspěvková organizace

Dukelská 28

431 86 Kovářská

Prohlášení žadatele o poskytování sociální služby

Jméno a příjmení

Rodné číslo.....

Svým podpisem dávám výslovný souhlas k tomu, aby všechny potřebné doklady vztahující se k mé osobě v žádosti o poskytování sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kovářská, příspěvková organizace, byly zpracovány pověřeným pracovníkem a v případě naplněné kapacity byly zařazeny do pořadníku čekatelů.

V Kovářské, dne
žadatele.....

Podpis

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

/doklad k žádosti o poskytování soc.služby v DOZP Kovářská/

1. Žadatel.....

Příjmení/u žen též rodné/ a jméno

Rodné číslo žadatele.....

Datum a místo narození.....

Adresa trvalého pobytu, PSČ,obec.....

.....

2.Anamnéza /

rodinná, osobní, pracovní/ :

3.Objektivní nález/status praesens generalis: v případě orgánového postižení

i status localis/:

4. Duševní stav/příp.projevy narušující kolektivní soužití/:

5. Diagnoza/ česky/ :

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Nehodící se škrtněte:

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-----|----|
| Je schopen chůze bez cizí pomoci | | ANO | NE |
| Je upoután trvale/převážně na lůžko/ | | ANO | NE |
| Je schopen se sám obsloužit | | ANO | NE |
| Pomočuje se | trvale | ANO | NE |
| | občas | ANO | NE |
| | v noci | ANO | NE |
| Potřebuje lékařské ošetření | trvale | ANO | NE |
| | občas | ANO | NE |

Je pod dohledem specializovaného oddělení, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.chirurgického, a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.:

ANO

NE

Potřebuje zvláštní péči-jakou:

7.Jiné údaje :

V.....

Dne.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře