

## ŽÁDOST O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

<b>Jméno a příjmení</b>	
<b>Datum a místo narození:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliště:</b>	
<b>Telefon :</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Kontaktní osoba</b> (jméno a příjmení, adresa, telefon, e-mail),	
<b>Opatrovník: *)</b>	
<b>Žadatel si přeje být ubytován v pokoji:**) jednolůžkovém, dvoulůžkovém, vícelůžkovém</b>	
<b>Žadatel čeká na volné místo ***)</b> 1. v jiném zařízení sociálních služeb 2. na sociálním lůžku ve zdravotnickém zařízení ( např. LDN ) 3. v domácím prostředí za podpory rodiny 4. v domácím prostředí bez podpory rodiny 5. zájemce nemá žádné příbuzné 6. jiné.....	
<b>Prohlášení žadatele</b> Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě.	
Vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby poskytovatel shromažďoval a zpracovával osobní údaje, týkající se mé osoby, pro účely přijímacího řízení do DSP Kralovice, a to po dobu nezbytně nutnou v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění. Dále beru na vědomí, že podaná žádost je archivována i v případě odmítnutí žádosti po dobu nezbytně nutnou dle Archivačního a skartačního zákona.	
Čitelný vlastnoruční podpis žadatele (zákonného zástupce)  .....	
<b>V</b> .....	<b>Dne</b> .....

\*) je-li stanoven opatrovník, je nutné předložit usnesené o opatrovnictví

\*\*\*) nehodící škrtněte

\*\*\*\*) zakroužkujte současnou situaci

K žádosti přikládám:

- vyplněné vyjádření ošetřujícího lékaře

## Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele  
o umístění do Domu sociální  
péče Kralovice

doklad k žádosti

<b>1) Žadatel</b>	<b>Zdravotní pojišťovna **):.....</b>	
..... Jméno a příjmení (u žen i rodné)	..... jméno	
..... narozen (den, měsíc, rok)	..... <b>rodné číslo **)</b>	..... místo
..... bydliště (ulice, číslo popisné, pošta, směrovací číslo)		
<b>2) Anamnéza (rodinná, osobní) **</b>		
<b>3) Objektivní nález</b>		
<b>4) Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)</b>		
<b>5) Diagnóza (česky):</b> a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy		
<b>6) Přílohy:</b> a) <b>popis RTG snímku plic **)</b> . V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře. b) výsledky <b>vyšetření bacilonosičství</b> , pokud je indikováno c) podle potřeby <b>výsledky vyšetření</b> neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření		

7) Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE*)
Je upoután trvale – převážně*) na lůžku	ANO	NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE*)
Inkontinence trvale	ANO	NE*)
občas	ANO	NE*)
v noci	ANO	NE*)
Potřebuje lékařské ošetření trvale	ANO	NE*)
občas	ANO	NE*)

8) jiné údaje:

Dne .....

.....

podpis ošetřujícího lékaře

\*) nehodící se škrtněte

\*\*) povinný údaj