

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domov Božice,
příspěvková organizace

Božice 188, 671 64 Božice
tel.: 515 257 108 – 109 – 122 | e-mail: info@domovbozice.cz
IČ: 45671877 | DS: zmtkhuc



<input type="checkbox"/> Domov pro seniory (vyplní zařízení)				
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem (vyplní zařízení)				
1. Žadatel/ka:				
Příjmení:	Jméno:	Datum nar.:		
		Místo narození:		
Rodné příjmení:	Titul před:	za:	Státní příslušnost:	
Telefonický kontakt:				
Rodinný stav:	Svobodný/á:	Ženatý/vdaná:	Rozvedený/á:	Ovdovělý/á:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:		
	Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Adresa pro doručování:	Obec:	Část obce:		
	Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
Adresa (místo) současného pobytu:	Obec:	Část obce:		
	Ulice:	Č. p.:	Č. orient.:	PSČ:
2. Uveďte důvody, pro které jste se rozhodl/a požádat o sociální službu:				
3. Kontaktní osoba žadatele/ky, nebo pokud má žadatel/ka opatrovníka nebo jiného zástupce schváleného soudem:				
Příjmení:	Jméno:	Příbuzenský poměr k žadateli:	Bydliště:	Telefon:

4. Prohlášení žadatele nebo jeho opatrovníka (jmenovaného soudem) nebo jiného zástupce:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Souhlasím s uchováváním osobních údajů uvedených v žádosti a jejích přílohách pro účely řízení o přijetí do Domova Božice, a svým podpisem uděluji souhlas s poskytnutím informací do modulu Evidence klientů a žadatelů sociálních služeb KiSSoS Jihomoravského kraje, ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho opatrovníka nebo jiného zástupce:

podpis

dne:

5. V případě, že Domov Božice, nemá volnou kapacitu, žádám o zařazení mé žádosti do evidence žadatelů o přijetí do Domova Božice:

ANO

NE

Svým podpisem dávám souhlas, aby poskytnuté osobní údaje v žádosti byly zpracovány a uchovány v evidenci žadatelů o přijetí do Domova Božice po celou dobu řízení až do doby archivace a skartace.

Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho opatrovníka nebo jiného zástupce:

podpis.....

dne:

6. K žádosti lze doložit tyto dokumenty:

- Lékařská zpráva praktického lékaře

Žádost lze osobně podat nebo zaslat poštou na adresu:

Domov Božice, příspěvková organizace

Božice 188, 671 64

Tel.: 515 223 739

e-mail: info@domovbozice.cz

Domov Božice oznámí písemně zpravidla do 30 dnů od data přijetí žádosti:

- Oznámení o zařazení do evidence žadatelů o přijetí do Domova Božice,
- Oznámení o odmítnutí žádosti o poskytnutí sociální služby v Domově Božice z důvodu, že žadatel nesplňuje kritéria pro přijetí

Poskytovatelé sociálních služeb zřizované Jihomoravský krajem

Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem:

Blansko, Božice, Černá Hora, Hodonín, Hostim, Jevišovice, Kyjov, Nové Hvězdlice, Plaveč, Předklášteří, Skalice, Sokolnice, Strážnice, Vyškov, Zastávka

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele

Doklad k žádosti

1. Žadatel

příjmení (u žen též rodné)

jméno

titul

narozen

den, měsíc, rok

místo

bydliště

místo

ulice, čp.

okres

pošta

směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

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

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, orientace, agresivita, noční aktivita, návyk na alkoholu, drogách, sexuální poruchy atd.):

5. Diagnóza (česky):

a) hlavní

statistická značka hlavní choroby

podle mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Přílohy: a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.

b) výsledky vyšetření na bacilonosičství

7.	Je schopen se dorozumět – mluví	ANO NE*)
	- vidí	ANO NE*)
	- slyší	ANO NE*)
	Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO NE*)
	Je upoután trvale-převážně na lůžko	ANO NE*)
	Je schopen stát, posadit se	ANO NE*)
	Je schopen přesunu na lůžko, židli	ANO NE*)
	Je schopen sám sebe obsloužit- příjem stravy, tekutin	ANO NE*)
	oblékání	ANO NE*)
	osobní hygiena	ANO NE*)
koupání	ANO NE*)
	použití WC	ANO NE*)
	Pomočuje se trvale, občas, v noci	ANO NE*)
	Je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO NE*)
	Vyžaduje trvalý lékařský dohled (léčby infúzemi,...)	ANO NE*)
	Očkování proti tetanu, rok	ANO NE*)
	Očkování proti pneumo, rok	ANO NE*)
	Očkování proti chřipce, rok	ANO NE*)
	Jiná očkování (covid,...)	ANO NE*)
Potřebuje zvláštní péči (PEG, sonda, aplikace inzulínu, močový katetr, stomie, kom. pomůcky apod.)		
Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.). Pokud ANO, je povinen na návrh praktického nebo ošetřujícího lékaře doložit tyto dokumenty: výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.		
Aktuální medikace (soupis léků, které žadatel v současné době užívá + jejich dávkování)		
8. Jiné údaje (např. žadatel (ka) není schopen(a) ze zdravotních důvodů vlastnoručního podpisu apod.)		
V	dne	razítko a podpis praktického nebo ošetřujícího lékaře
9. Vyjádření lékaře posuzujícího vhodnost umístění žadatele do Domova Božice:		
V	dne	podpis smluvního lékaře Domova Božice