

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádost o přijetí**

**Typ služby:** celoroční pobyt

**ŽADATEL (ka) :**

**Jméno a příjmení:**………………………………………………/rozený(á)……………………….…….….

**Datum narození:**…………………………….. **místo narození: ………………………………..**

**Státní příslušnost: …………………**

**Adresa bydliště:**

 **ulice a číslo domu:**……………………………………………………….………………….….…

**město:** …………………………………………………**PSČ:** ………………..………….……......

**Invalidní důchod: ano) ne)**

**Příspěvek na péči: ano)** **ne)**

**Omezení ve svéprávnosti:** ano) ne)

Usnesením soudu v: …………………………číslo jednací : …………………. ze dne………..…

**Opatrovník:** ano) ne)

Jméno a příjmení …………………………………………………….………………….…………

Adresa: …………………………………………………..……………telefon…………….………

Ustanoven rozhodnutím soudu v ………………………………………………………………..…

Číslo jednací : ………………………………. ze dne : ………………………………………..….

**Kontaktní osoba:**

Jméno a příjmení: ……………………………..………………………………………..………….

Bydliště : ………………………………………………………..telefon:………………………….



**Jaké služby žadatel potřebuje (přání, očekávání):**

Jste ochoten (a) přistoupit k závazku do výše úhrady:

Ano)

 Ne)



**Zdravotní stav:**

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu:**

1. **Žadatel ……………………………………………………………….**

**Příjmení a jméno**

1. **Anamnéza osobní:**



1. **Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)**
2. **Duševní stav:**
3. **Diagnóza (česky):**
4. **hlavní**
5. **ostatní choroby nebo chorobné stavy**
6. **Mobilita žadatele (hodící se, označte)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sám bez pomoci** |  **S pomocí kompenzační pomůcky** |
| **S pomocí další osoby** | **Je imobilní, trvale na lůžku** |



1. **Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického apod.**
2. **Očkování:**

**Tetanus**

**Hepatitida typu B**

1. **Inkontinence: ANO občas trvale NE**

Souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních dat pro potřeby DOZP Bystřice nad Úhlavou v rozsahu nezbytně nutném a to po dobu evidence zájemce o sociální službu, pobytu v zařízení a po dobu nezbytnou po jeho skončení.

V …………………………….. dne …………………………………

 ……………………………………...

 podpis

Přílohy:

 Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu

 Kopie rozsudku o omezení svéprávnosti

 Kopie usnesení o ustanovení opatrovníka