

# ŽÁDOST O SOCIÁLNÍ SLUŽBU



## Domov Krajánek, p.s.s.

Samota 224, 270 33 Jesenice , IČ 71209867  
Tel.: 313 599 219, e-mail: [sunkovsky@domovjesenice.cz](mailto:sunkovsky@domovjesenice.cz),  
[www.domovjesenice.cz](http://www.domovjesenice.cz)

---

### 1. ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno a příjmení:		Stav:	
Datum narození:		Zdravotní pojišťovna	
Adresa trvalého bydliště:		Státní příslušnost:	
Místo současného pobytu:			
Telefon:		E-mail:	
Druh důchodu:		Další finanční příjmy pravidelně se opakující:	
Příspěvek na péči: ( zakroužkujte vhodnou odpověď )	ano - ne žadatel má podanou žádost	Přiznaný stupeň příspěvku na péči: ( zakroužkujte )	I. II. III. IV.

### 2. KLÍČOVÉ OSOBY / PŘÍBUZNÍ /

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	

### 3. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE / OPATROVNÍK /

Jméno a příjmení		Vztah k žadateli	
Adresa			
Telefon		E-mail	
Pověřená osoba		Kontakt	

#### 4. ODKUD ŽADATEL PŘICHÁZÍ

#### 5. DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

#### 6. OSOBNÍ CÍL / SPLNITELNÝ / BĚHEM POBYTU V DOMOVĚ KRAJÁNEK

#### PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. V případě aktualizace své žádosti sdělím potřebné informace. Jsem si vědom (a) povinnosti písemně ohlásit poskytovateli sociální služby změny v uvedených skutečnostech ve lhůtě do 15 dnů ode dne, kdy k těmto změnám došlo (změna adresy, kontaktní osoby, zdravotního stavu, atd.)

#### SOUHLAS ŽADATELE

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje uvedené v této žádosti mohly být použity při zpracování agendy potřebné pro poskytování sociální služby v Domově Krajánek, Samota 224, 270 33 Jesenice, v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

V .....dne.....

Podpis žadatele.....

Podpis zákonného zástupce / opatrovníka /.....

# Vyjádření ošetřujícího lékaře

**Vyplní ošetřující lékař žadatele :**

<b>Vyjádření ošetřujícího lékaře (lze doplnit / nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice)</b>			
<b>Současná terapie a její dávkování:</b> (uvést všechny aktuálně užívané léky žadatele a dávkování)			
<b>Praktický lékař</b>			
<b>Adresa</b>			
<b>E-mail</b>		<b>Tel</b>	

U osoby, která používá inkontinentní pomůcky / plenkové kalhotky /, je nutné před nástupem do Domova Krajánek doložit potvrzení praktického či odborného lékaře / URN, GYN, NEU nebo GER / o inkontinenci a jejímu stupni. Bez tohoto potvrzení nelze osobě předepisovat inkontinentní pomůcky na poukaz a hradit je z prostředků ZP.

Je potřeba též doložit, kdy byl napsán poslední poukaz na inkontinentní pomůcky – tedy datum a počet těchto pomůcek.

.....  
datum

.....  
razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil

# Žadatel má zájem o tuto podporu:

požadované zaškrtněte

<b>ubytování</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>jaký pokoj:</b>
<b>celodenní stravování</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>poznámky ke stravování:</b>
<b>dietní strava</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>jaká</b>
<b>praní prádla</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>kompletní částečné</b>
<b>pomoc při základních činnostech / oblékání, chůze, hygiena/</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>jaké</b>
<b>úklid</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>každodenní kompletní částečný - jaký</b>
<b>doprovod k lékaři, na úřady , nákupy</b>	<b>zajistím si sám potřebuji pomoc</b>		
<b>další požadavky ke službě</b>			

.....  
**datum**

.....  
**podpis osoby, která žádost vyplnila**