



Žádost o poskytnutí sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením

I. Zájemce o službu (jméno a příjmení)*:

Datum narození:

Titul:

Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):

Kontaktní adresa v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště:

Telefon:

E - mail:

II. Zákonný zástupce, opatrovník (na základě rozhodnutí soudu)

Jméno a příjmení:

tel. kontakt, e-mail:

adresa:

III. Další kontaktní osoby

Jméno a příjmení:

příbuzenský poměr:

tel. kontakt, e-mail:

adresa:

IV. Osoby, případně zařízení zajišťující péči (soc. službu) o zájemce

Jméno a příjmení:

adresa:

tel. kontakt, e-mail:

V. Potřeby a očekávání zájemce o službu

.....

.....

.....

Datum přijetí žádosti:

* Jako zájemce o sociální službu *domov pro osoby se zdravotním postižením* nám poskytujete své osobní údaje. Informaci o tom, jaké osobní údaje v procesu jednání se zájemcem o Vás zpracováváme, jak je používáme a jak je chráníme naleznete v dokumentu *Informace o zpracování osobních údajů pro účely jednání se zájemcem o sociální službu - DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*, který je dostupný na

<http://www.slezskadiakonie.cz/sluzby/lide-s-handicapem/strediska-pro-lidi-s-handicapem/centrum24> nebo v listinné podobě v místě poskytované soc. služby.

VI. Potřeby zájemce v oblasti sebeobsluhy

Zájemce *):

- | | | |
|---|----------------------------|----------|
| a) je upoután trvale na lůžko | ANO | NE |
| b) je upoután převážně na lůžko | ANO | NE |
| c) je schopen sám vstávat z lůžka, uléhat, měnit polohu | ANO | NE |
| d) je schopen sám sedět, vydržet v poloze vsedě | ANO | NE |
| e) je schopen sám stát, vydržet stát | ANO | NE |
| f) je schopen chůze bez pomoci jiné osoby | ANO | NE |
| g) je schopen chůze s pomocí hole berle jedné | dvou berlí | chodítka |
| h) pohybuje se na invalidním vozíku | ANO | NE |
| | sám – s pomocí druhé osoby | |
| i) je schopen orientace v přirozeném prostředí | ANO | NE |
| j) je schopen poznávat a rozeznávat zrakem | ANO | NE |
| k) je schopen poznávat a rozeznávat sluchem | ANO | NE |
| l) je schopen se dorozumět v češtině | ANO | NE |

*) vybranou možnost zakroužkujte

VII. Od kdy zájemce službu požaduje?

od.....

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

Datum:
čitelný podpis zájemce či jeho zákonného zástupce

Žádost o poskytnutí sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením zasílejte nebo předejte na adrese střediska DUHOVÝ DŮM:

**Zdravotní sestry
DUHOVÝ DŮM Ostrava
Klostermannova 1586/25
709 00 Ostrava**

Pozn.: Je-li zájemce omezen ve svéprávnosti, podepisuje žádost soudem ustanovený opatrovník.