

**SILOE Ostrava, domov se zvláštním režimem**

Rolnická 55, Ostrava-Nová Ves, 709 00

Tel.: +420 739 680 160, +420 733 142 425

E-mail: [siloe.domov@slezskadiakonie.cz](mailto:siloe.domov@slezskadiakonie.cz), [siloe@slezskadiakonie.cz](mailto:siloe@slezskadiakonie.cz)

**Žádost o poskytování pobytové sociální služby**

**Jméno, příjmení, titul žadatele**:...................................................................................

**Datum narození**:............................................................................................................

**Adresa trvalého bydliště**:.............................................................................................

…………………………………………………………………………………........................

**Místo současného pobytu**:..........................................................................................

………………………………………………………………………………………………….

**Svéprávnost** (způsobilost právně jednat): vyberte jednu z možností

* žadatel je svéprávný a je schopen jednat samostatně
* žadatel je svéprávný, ale již není schopen jednat samostatně
* žadatel je svéprávný, ale má zastoupení na základě ověřené plné moci
* žadatel má omezenou svéprávnost a soudně ustanoveného opatrovníka

**Kontakt na opatrovníka/zplnomocněnce zájemce** (jméno a příjmení+ telefonický kontakt):

*Přiložte prosím kopii rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka či kopii ověřené plné moci*

…………………………………………………………………………………………………..

........................................................................................................................................

**Kontakt na pečující osobu** (jméno a příjmení + telefonický a e-mailový kontakt):

...........................……………………………………………………………..........................

**Stručný důvod využití služby**: ..................................................................................

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**Je mě diagnostikována porucha paměti?**

**ANO NE**

**Základní informace o zdravotním stavu (např. porucha orientace, problémy s mobilitou, závratě, mdloby, dieta předepsaná lékařem apod.)** :

........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………..

**Výše příspěvku na péči** (nepovinný údaj): ..................................................................

**Příjem žadatele a jeho výše** (nepovinný údaj): ………………………………………….

**Mám zájem**:

Jednolůžkový pokoj Dvoulůžkový pokoj

**Svým podpisem žadatel souhlasí se zařazením žádosti do evidence žádostí o sociální službu a to v případě, že v době podání žádosti má poskytovatel sociální služby naplněnou kapacitu.**

**Podpis žadatele**:

………………………………………………………………………..

**Podpis zástupce/pečující osoby**:

………………………………………..

**Žádost přijala dne**: ……………………..

K žádosti přiložte:

1. aktuální lékařskou zprávu
2. formulář *Informace o zpracování osobních údajů pro účely jednání se zájemcem o poskytování sociální služby střediska SILOE Ostrava, domov se zvláštním režimem* (možnost stáhnout na našich webových stránkách)

*Žádost o poskytování sociální služby je evidována v kanceláři sociálního pracovníka. Doba uchování dokumentu je stanovena nejdéle pět let od podání žádosti. V případě, že smlouva nebude uzavřena, dochází ke skartaci dokumentu po 5 letech od data podání žádosti.*