

Žádost přijata dne:

Číslo žádosti: _____

ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ SLUŽBU CHARITNÍHO DOMOVA SV. ZDISLAVA

Žadatel:

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
Adresa skutečného pobytu:	
Telefon:	Email:

Opatrovník žadatele:

Jméno, příjemní:	
Telefon:	Email:
Rozsudek soudu v	ze dne:

Pečující/kontaktní osoba (pokud není opatrovníkem):

Jméno, příjemní:	
Adresa bydliště:	
Telefon:	Email:

Předpokládaný termín:

(Napište, v jakém období předpokládáte, že budete naši službu potřebovat)

Od:	do:
-----	-----

Odůvodnění žádosti:

(Stručně popište, proč službu potřebujete, kdo z pečujících potřebuje odlehčit v péči.)

Prohlášení žadatele (opatrovníka, kontaktní osoby)

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti a jejich přílohách jsou uvedeny pravdivě.

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019, o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas s vedením výše uvedených osobních a citlivých údajů, které souvisí s mou osobou, v evidenci žadatelů o poskytnutí pobytové odlehčovací služby, a to až do doby archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, aby se pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti seznámili s veškerými údaji uvedenými v této žádosti a jejich přílohách.

Místo a datum:

Podpis žadatele:

Podpis opatrovníka:

Podpis kontaktní osoby:

Příloha č. 1 Žádosti o odlehčovací službu Charitního domova sv. Zdislava

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**ke zdrav. stavu žadatele o odlehčovací službu Domova se zvláštním režimem****Žadatel:**

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Anamnéza osobní:

--

Anamnéza rodinná a pracovní:

--

Objektivní nález (status praesen generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

--

Duševní stav:

--

Diagnóza (statistická značka choroby podle MKN):

--

Potřeba zvláštní péče:

Je schopen/na chůze bez cizí pomoci?	ANO	NE
Je trvale upoután/a na lůžko?	ANO	NE
Je schopen/na sám/a sebe obsloužit?	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ	ANO	NE

Pokud ANO, jaké ZZ: _____

Je schopen/a právního aktu uzavření Smlouvy o poskytování sl.?	ANO	NE
Inkontinentní potíže	TRVALE	OBČAS
Potřeba lékařského ošetření	TRVALE	OBČAS
Potřeba zvláštní péče	ANO	NE

Pokud ANO, jaké úkony: _____**Další důležité informace k potřebě zvláštní péče:****Jiné údaje potřebné pro Charitní domov sv. Zdislava:**

V _____ dne _____

podpis a razítko vyš. lékaře

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel.

Příloha č. 2 Žádosti o odlehčovací službu Charitního domova sv. Zdislava

**INFORMACE PRO ŽADATELE A PEČUJÍCÍ K ŽÁDOSTI O ODLEHČOVACÍ SLUŽBU
CHARITNÍHO DOMOVA SV. ZDISLAVA****Co je potřeba?**

- ☐ Vyplnit „ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ SLUŽBU CHARITNÍHO DOMOVA SV. ZDISLAVA“.
- ☐ Požádat obvodního/ošetřujícího lékaře o vyplnění dokumentu „VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE“.
- ☐ Předchozí **dva dokumenty společně** doručit:
 - osobně nebo poštou na adresu: Dominikánské náměstí 92/1, 412 01,
 - naskenované e-mailem: sona.paterova@litomerice.charita.cz,
 - datovou schránkou: dcn9evd.
- ☐ Vyčkat, až se Vám obvykle během několika dnů, nejpozději do měsíce od přijetí žádosti ozve sociální pracovnice Domova.
- ☐ V případě, že dojde ke změnám údajů v žádosti, v souvislosti se zdravotním stavem žadatele nebo jiných důležitých okolností, nezapomeňte nás o to tom, prosím, informovat.

Máte dotazy, nejste si jistí, potřebujete další informace, chcete si náš Domov prohlédnout nebo probrat cokoli jiného ohledně poskytování naší služby? Zavolejte nebo napište. Co nevyřešíme po telefonu si určitě ujasníme na osobní schůzce v našem Domově.

Vedoucí a sociální pracovnice ChD sv. Zdislava

Bc. Soňa Paterová
tel. č. 733 628 731, e-mail: sona.paterova@litomerice.charita.cz

Sociální pracovnice ChD sv. Zdislava

Bc. Michala Šinfeltová
tel. č. 731 402 433, e-mail: michala.sinfeltova@litomerice.charita.cz

Prostor pro poznámky, na co se nezapomenout zeptat aj. ...