



## Domov důchodců sv. Zdislavy v Červené Vodě

Zřizovatel: Obec Červená Voda  
Adresa: 561 61 Červená Voda 253  
Telefon: 465 626 203, 465 626 412  
Bank. spojení: ČS Králíky  
e-mail: domov.svzdislavy@tiscali.cz

Ředitel: Josef Kuběnka  
IČO: 69172633  
Fax: 465 626 404  
č.ú.1324476309/0800  
www.domov-svzdislavy.cz

### ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA DŮCHODCŮ

#### ŽADATEL/KA

Jméno, příjmení: ..... Rodné příjmení: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Adresa bydliště: ..... PSČ: .....

Telefonní číslo: .....

Státní příslušnost: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Jméno a adresa praktického lékaře: .....

#### Rodinný stav: *(nehodící se škrtněte)*

svobodný/á                      ovdovělý/á                      rozvedený/á                      ženatý                      vdaná

Druh důchodu: .....

Příspěvek na péči – výše..... od kdy .....

Jste příjemcem pečovatelské či jiné služby (popř. jaké)?.....

Čím odůvodňujete nutnost umístění v domově důchodců?.....

.....

.....

.....

#### Údaje o nejbližších příbuzných (kontaktní osoby):

jméno, příjmení                      příbuzenský poměr                      přesná adresa, telefon, e-mail

.....

.....

.....

.....  
.....  
**Údaje o zákonném zástupci, je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům:**

jméno, příjmení: .....adresa:.....  
rozhodnutí soudu v: ..... ze dne: ..... č. j.: .....

**Údaje o osobě, které má být oznámena změna zdravotního stavu nebo případná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení:**

jméno, příjmení:..... adresa: .....  
telefon: ..... e-mail: .....

**Byl žadatel již dříve umístěn v nějakém jiném ústavu? ANO - NE**

Ve kterém? .....  
od:..... do: .....

**Adresa současného místa pobytu** (*uvede žadatel, který je v době vyplňování žádosti umístěn v nemocnici, na soc. lůžku, či na geriatr. oddělení, popř. na jiné adrese, než je uvedena výše jako místo bydliště*):.....  
.....

**Dokumenty, které je potřeba doložit k žádosti o poskytnutí sociální služby**

- Aktuální vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele (viz příloha této žádosti)
- Kopii Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- Plnou moc k zastupování, pokud si zvolíte svého zástupce k vyřízení této žádosti
- V případě ustanovení opatrovníka žádáme o předložení dokumentu, kterým je ustanoven opatrovník a vymezen rozsah omezení
- V případě zastupování žadatele členem domácnosti žádáme o předložení dohody o zastupování schválenou příslušným soudem
- V případě poskytování nápomoci při rozhodování žadatele žádáme o doložení smlouvy o nápomoci schválenou příslušným soudem

**Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsem uvedl (a) pravdivě. Jsem si vědom (a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo ukončení smlouvy o poskytování sociální služby.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování, zpracovávání a uchování osobních a citlivých údajů souvisejících s využitím sociální služby, a to za účelem vyřízení mé žádosti o poskytování sociální služby až do doby jejich archivace a skartace.

**Informace o dalším postupu**

Žádost lze podat osobně v kanceláři domova důchodců nebo zaslat na adresu: Domov důchodců sv. Zdislavy, Červená Voda 253, 561 61. Po podání žádosti budete vyrozuměni o dalším postupu. Na základě této žádosti s Vámi provede sociální pracovnice domova důchodců šetření, při kterém společně zhodnotíte Vaši nepříznivou sociální situaci – možnosti jejího řešení a vhodnost našeho zařízení pro Vás.

Datum: .....

Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce: .....

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O PŘIJETÍ DO  
DOMOVA DŮCHODCŮ SV. ZDISLAVY V ČERVENÉ VODĚ**

---

jméno, příjmení: ..... rodné příjmení: .....  
rodné číslo: ..... datum narození: .....  
místo narození: ..... okres: .....  
adresa bydliště: ..... PSČ .....

anamnéza:

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

objektivní nález:

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

duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

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

diagnózy:

a) hlavní choroba + statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Přílohy:

- a) podle potřeby vyjádření odborného lékaře

Další údaje o žadateli (*nehodící se škrtněte*):

Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je upoután trvale – převážně na lůžko	ANO	NE
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE
Inkontinence moči	ANO (trvalá/občas/v noci)	NE
Potřebuje lékařské ošetření	ANO (trvale/občas)	NE
Je pod dohledem specializovaného oddělení (kterého – plicního, neurologického, interního, poradny diabetické, protialkoholní, jiné .....)	ANO	NE

Potřebuje zvláštní péči (jakou)

.....  
.....

Jiné údaje

.....  
.....

Dne: .....

Podpis, razítko: .....