



Adresa poskytované služby:
DOZP Česká Kamenice
U Kaple 494, 407 21 Česká Kamenice

SQSS/3

Příloha č. 2

č. 3.2

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOZP ČESKÁ KAMENICE

Služba je poskytována:

- osobám s mentálním nebo kombinovaným postižením, od 18 let věku, které mají sníženou soběstačnost a jsou středně, těžce nebo úplně závislé na pomoci jiné fyzické osoby a tuto péči jim nemůže zajistit rodina nebo jiná dostupná služba sociální péče.

Služba není poskytována:

- žadatelům, kteří neodpovídají stanovenému okruhu osob
- osobám trvale upoutaným na lůžko, nevidomým, neslyšícím
- žadatelům, jejichž chování by narušovalo kolektivní soužití z důvodu vážné duševní nemoci či poruchy, schizofrenie, psychické poruchy apod.
- pokud žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci (např. žloutenka typu A, svrab...)
- pokud zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení nebo poskytování vysoce odborné ošetrovatelské péče a každodenní dohled lékaře.

Datum přijetí žádosti – vyplňuje zařízení

--

Datum a způsob vyřízení žádosti – vyplňuje zařízení

--

Žadatel:

Příjmení <i>(popř. rodné příjmení):</i>	
Jméno:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	
Skutečný pobyt: <i>(pokud se liší od trvalého bydliště):</i>	

Kontaktní osoba:	
Jméno a příjmení:	
Vztah k žadateli:	
Adresa:	
Telefon:	Email:

Opatrovník: <i>(je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)</i>		
Jméno a příjmení:		
Adresa:		
Telefon:	Email:	
Rozhodnutím soudu v:	ze dne:	č.j.:

Důvod podání žádosti:
Proč žádáte o umístění do našeho domova?
Co od naší služby očekáváte? <i>(Například pomoc a podporu při péči o svou osobu, zajištění bydlení a stravy, kontakt se společností, pomoc při uplatňování práv, aktivizační činnosti, udržení a nácvik sociálních dovedností...)</i>

Prohlášení žadatele – opatrovníka Souhlas se zpracováním osobních údajů
<p>Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Svým podpisem dávám souhlas k uchování a zpracovávání osobních údajů zde uvedených, a to po dobu nezbytnou k účelu jejich zpracování a evidence.</p> <p>Dne: podpis opatrovníka:</p> <p>Dne: podpis žadatele:</p>

K vyplněné a podepsané žádosti přiložte tiskopis:

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o sociální služby v DOZP Česká Kamenice