



Žádost do domova

- pro osoby se zdravotním postižením
Habrovanský zámek, p.o.

Osobní údaje:

1. Žadatel:.....
Příjmení (příp. i rodné) Jméno (křestní)

2. Narozen:.....
Den, měsíc, rok Místo Okres
.....
Rodné číslo Číslo OP

3. Trvalé Bydliště:.....
Doručovací adresa.....

4. Státní příslušnost:.....

5. Rodinný stav:.....

6. Je žadatel SVÉPRÁVNÝ?.....ano.....ne
Pokud ne, uveďte prosím osobu opatrovníka, vč. bydliště a tel. kontakt.....
.....

Příjmy: (nepovinný údaj)

7. Důchod (druh důchodu, měsíčně Kč):.....
Příspěvek na péči:..... Jiné:.....

Rodina – osoby blízké:

8. Nejbližší rodinní příslušníci nebo osoby blízké (přátelé, sousedi), s nimiž jste v kontaktu a chcete je zde uvést:

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Rok narození	Kontakt, telefon	Společná domácnost se žadatelem ano/ne

Sociální služby:

9. Co od naší služby očekáváte? S čím Vám můžeme pomoci?

10. Čím žadatel odůvodňuje nutnost svého umístění v domově ?

11. Má žadatel podanou žádost do jiného zařízení? ...ANO – NE *)

12. Byl žadatel již dříve umístěn v některém domově? ANO – NE *)

Ve kterém?..... od:..... do:.....

..... od:..... do:.....

Jaký byl důvod ukončení této péče?.....

.....

13. Prohlášení žadatele (opatrovníka):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. i propuštění z domova.

Žadatel o umístění do domova pro osoby se zdravotním postižením – Habrovanský zámek, p.o. dává svým podpisem souhlas k zajišťování a shromažďování osobních údajů – podkladů pro přijetí podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu vedení v pořadník čekatelů až do doby archivace a skartace.

.....

vlastnoruční podpis žadatele nebo opatrovníka

V:..... dne:..... telefon:.....

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění

- do domova pro osoby se zdravotním postižením

Habrovanský zámek, p.o. (doklad k žádosti)

Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou osoby ve věku 18 let a výše s tělesným postižením, které z důvodu své nepříznivé sociální situace potřebují pravidelnou podporu nebo pomoc druhé osoby ve většině základních potřeb a nemohou žít ve svém domácím prostředí za pomoci svých nejbližších nebo za pomoci terénní sociální služby.

Službu neposkytujeme osobám

- Nespádajícím do naší cílové skupiny
 - Nespádajícím do naší cílové skupiny vyjma osob, které byly umístěny v našem zařízení do r. 2007 a umístění v jiném zařízení sociálních služeb odmítají
 - Požadujícím jinou službu, než tu, kterou poskytujeme (např. osobní asistenci).
 - S akutním infekčním onemocněním nebo jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení
 - S chováním, které by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- Služba také není poskytnuta v případě naplněné kapacity zařízení.

1. Žadatel:.....
Příjmení (příp. i rodné) Jméno (křestní)

Narozen:.....
Den, měsíc, rok Místo Okres

Bydliště:.....

2. Osobní anamnéza:

3. Má žadatel infekční onemocnění, které vyžaduje zvýšenou péči?

4. Má žadatel závažnou psychiatrickou diagnózu vyžadující odborný přístup?

Má žadatel poruchy chování, které by vážným způsobem narušovaly kolektivní soužití?

