

# ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby, příspěvková organizace  
Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří



Podací razítko:

## Žadatel:

Příjmení	Jméno	Rodné příjmení
Datum narození	Místo narození	Státní příslušnost
Trvalé bydliště	Telefon	

Příspěvek na péči:

ano       ne

## Kontaktní osoba

Které má být podána zpráva v případě mimořádných situací.

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:	Telefon	

## Příbuzní žadatele nebo osoby blízké žadateli

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:	Telefon	
Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:	Telefon	

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:		Telefon

**Zákonný zástupce žadatele, je-li zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům** (prosíme o přílohu usnesení soudu, který ve věci rozhodl a List o ustanovení opatrovníka)

Jméno, příjmení	e-mail	Příbuzenský poměr, vztah
Adresa:		Telefon

**Sociální situace žadatele:**

- žadatel žije sám, nemá nikoho, kdo by se o něj mohl postarat
- žadatel bydlí společně s rodinnými příslušníky
- žadatel má blízké osoby, které ale bydlí mimo bydliště žadatele
- žadatel je umístěn v jiném zařízení sociálních služeb

**Využívá žadatel pečovatelskou službu?**

- ano                       ne

Pokud ano, v jakém rozsahu: .....

.....

**V čem potřebujete pomoc jiné osoby:**

- |                                  |                              |                                   |                             |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Najedení, napití                 | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Osobní hygiena                   | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Orientace v přirozeném prostředí | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Přesun na lůžko/židli            | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Oblékání                         | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Chůze po rovině                  | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Péče o domácnost                 | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |
| Obstarávání osobních záležitostí | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> částečně | <input type="checkbox"/> ne |

**Co očekáváte od využívání služby (přání, potřeby):**

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

**Další informace, které považujete za vhodné uvést ke své žádosti:**

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

**Prohlášení žadatele:**

Žadatel nebo zákonný zástupce prohlašuje, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Žadatel nebo zákonný zástupce bere na vědomí, že finanční náklady, spojené s podáním žádosti (vyjádření lékaře) hradí sám.

Souhlasím s použitím mých osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, pro vnitřní potřeby SS,p.o. Kynšperk nad Ohří.

V....., dne.....

---

vlastnoruční podpis žadatele  
(příp. opatrovník)

**Žádost doručte spolu s vyjádřením lékaře, které bude předáno vedoucí zdravotního úseku, na adresu: Sociální služby, příspěvková organizace, Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří.**

**Případné dotazy Vám zodpoví sociální pracovník na tel.čísle: 352 370 126.**

**Veškeré informace naleznete na: [www.kr.karlovarsky.cz/dpskynsperk/](http://www.kr.karlovarsky.cz/dpskynsperk/)**

**O způsobu vyřízení žádosti Vás budeme písemně informovat.**