



Adresa: Vlkonice 51, 384 86 Vacov, IČO: 23151226

Jednatel: Martin Karas, Tel.: 728 199 420, E-mail: martin.karas.strakonice@seznam.cz

**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM FORIS GRATIA – KOTVA, s.r.o.
(pracoviště Strakonice, Vacov)**

Pozn.: řádky označené * jsou nepovinné údaje

řádky označené ☐ vyberte a odpovídající údaj zaškrtněte

Den podání žádosti (vyplňuje Poskytovatel):

Číslo žádosti (vyplňuje Poskytovatel):

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

***Rodné číslo: *Místo narození:**

Adresa trvalého bydliště:

Adresa skutečného pobytu: (kde se aktuálně zdržujete, např. u příbuzných, LDN apod.)

.....

***Adresa pro doručování: (pokud se liší od adresy trvalého bydliště)**

.....

***Telefonní kontakt na žadatele, e-mail:**

.....

KONTAKTNÍ OSOBA, na kterou se můžeme obrátit

***Jméno, příjmení, titul:**

***Vztah k žadateli:**

***Kontaktní adresa:**

***Telefonní kontakt, e-mail:**

.....

*** TYP ZASTOUPENÍ ŽADATELE**

- ☐ Omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka
- ☐ Ustanovení opatrovníka bez omezení svéprávnosti
- ☐ Zastoupení členem domácnosti
- ☐ Nápomoc při rozhodování
- ☐ Zastoupení na základě ověřené plné moci
- ☐ Bez zastoupení

ZDŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI

Důvod podání žádosti: (proč žádáte o pobytovou službu)

.....

.....

Uveďte, co od nabízené služby očekáváte / váš cíl: (jak si pobyt představujete)

.....

.....

***Přání, požadavky, upozornění:**

.....

.....

AKTUÁLNÍ SITUACE ŽADATELE

Finanční příjem žadatele:

- ☐ invalidní důchod ☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň
- ☐ starobní důchod
- ☐ *příspěvek na péči ☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň ☐ IV. stupeň
- ☐ zažádáno ☐ NE
- ☐ *ostatní příjmy žadatele:

*Žadatel doposud žije: (ve společné domácnosti s rodinou, v pobytovém zařízení apod.)

.....

.....

*Rodinný stav:

- ☐ svobodná/ý ☐ rozvedená/ý
- ☐ vdaná/ženatý ☐ ovdovělá/ý

*Rodinní příslušníci, příbuzní, osoby blízké žadateli (popř. telefonní kontakt):

.....

.....

.....

*Pohyblivost:

- ☐ dobrá ☐ s obtížemi ☐ s kompenzační pomůckou ☐ trvale na lůžku
- ☐ hole
- ☐ chodítko
- ☐ invalidní vozík
- ☐ jiné

Schopen samostatné chůze bez cizí pomoci: ☐ ANO ☐ NE

***Orientace:**

☐ plná

☐ částečná

☐ dezorientace

☐ místem

☐ časem

☐ osobou

☐ situací

***Komunikace (řeč, schopnost se vyjádřit, ochota komunikovat):**

.....
.....

***Péče o svou osobu:**

Schopen sám se najíst: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Schopen sám se napít: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Schopen sám se obléknout: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Schopen sám se umýt: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Schopen pečovat o své zdraví: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Použití toalety: ☐ ANO ☐ NE ☐ s pomocí

Inkontinence: ☐ trvale ☐ občas ☐ v noci ☐ NE

***Lékař:**

Současný ošetřující (praktický) lékař:

Do našeho zařízení pravidelně dochází praktický lékař.

Souhlasíte s registrací u smluvního ošetřujícího lékaře v zařízení? ☐ ANO ☐ NE

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/OPATROVNÍKA:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Změny v poskytnutých údajích jsem povinen/a bez zbytečného odkladu oznámit.

Souhlasím s tím, aby pověření pracovníci zařízení zpracovali výše uvedené osobní údaje k zajišťování všech úkonů, které vyplývají z jejich činností ve vztahu k mé osobě v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI:

- Vyjádření lékaře (praktický lékař, psychiatr)
- *Potvrzení o výši důchodu (důchodový výměr)
- *Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči
- *Rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti
- *Listinu o ustanovení opatrovníka, případně listinu o jiném druhu zastoupení

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

.....
podpis žadatele (opatrovníka, zástupce)

Kontakty, na které se můžete v případě podání žádosti obrátit:

Jednatel:

Martin Karas - tel. 728 199 420
martin.karas.strakonice@seznam.cz

Sociální pracovníce:

Bc. Eva Petrášková, DiS.
608 663 817
petraskova@forisgratia.cz

Kristýna Rybáková, DiS.
770 388 268
rybakova@forisgratia.cz

Petra Herzigová, DiS.
771 280 298
herzigova@forisgratia.cz