

**Pořadové číslo žádosti:**

razítko a podpis odpovědného pracovníka Domova

č. registrace: 151 0155

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY ADP- ANNA s.r.o.**

|                         |  |                      |  |
|-------------------------|--|----------------------|--|
| Datum přijetí žádosti:  |  | Vyřazení ze seznamu: |  |
| Zařazení do seznamu:    |  | Důvod vyřazení:      |  |
| Datum přijetí žadatele: |  |                      |  |

**ÚDAJE O ŽADATELI**

|                           |                  |                 |         |                 |  |
|---------------------------|------------------|-----------------|---------|-----------------|--|
| Příjmení:                 |                  | Datum narození: |         |                 |  |
| Jméno:                    |                  | Místo narození: |         |                 |  |
| Rodné příjmení:           |                  |                 |         |                 |  |
| Titul:                    |                  | Zdrav. Poj.:    |         |                 |  |
| Bydliště:                 |                  |                 |         | Číslo OP:       |  |
|                           |                  |                 |         | Platnost OP do: |  |
| Kontakt:                  | E-mail:          | Telefon:        |         |                 |  |
| Praktický lékař žadatele: | Příjmení, Jméno: |                 | Titul:  |                 |  |
|                           | Adresa:          |                 | Tel.:   |                 |  |
|                           |                  |                 | E-mail: |                 |  |

**KONTAKTNÍ OSOBA PRO JEDNÁNÍ S DOMOVEM**

|                   |  |         |  |
|-------------------|--|---------|--|
| Příjmení:         |  | Tel.:   |  |
| Jméno:            |  | E-mail: |  |
| Vztah k žadateli: |  | Datum:  |  |
| Bydliště:         |  | Podpis: |  |

KONTAKTNÍ OSOBA svým podpisem přijímá pověření žadatel/žadatelky a zároveň souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů a dává pověření k jednání se sociálním pracovníkem Domova pro seniory ADP – ANNA s.r.o. ohledně nástupních formalit nutných k jeho/jejímu přijetí do Domova pro seniory ADP – ANNA s.r.o.

|  |  |
|--|--|
| Sociální šetření:<br>důvody pro<br>přijetí nebo<br>nepřijetí do<br>Domova pro<br>seniory |  |
|--|--|

**RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KONTAKTNÍ OSOBY**

|                  |  |         |  |
|------------------|--|---------|--|
| Příjmení, Jméno: |  | Vztah:  |  |
| Bydliště:        |  | Tel.:   |  |
|                  |  | E-mail: |  |
| Příjmení, Jméno: |  | Vztah:  |  |
| Bydliště:        |  | Tel.:   |  |
|                  |  | E-mail: |  |
| Příjmení, Jméno: |  | Vztah:  |  |
| Bydliště:        |  | Tel.:   |  |
|                  |  | E-mail: |  |

**OPATROVNÍK (je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům)**

|                   |  |         |  |
|-------------------|--|---------|--|
| Příjmení, Jméno:  |  | Vztah:  |  |
| Bydliště:         |  | Tel.:   |  |
|                   |  | E-mail: |  |
| Rozhodnutí soudu: |  | Datum:  |  |
| Ze dne:           |  | Podpis: |  |
| Číslo jednací:    |  |         |  |

OPATROVNÍK svým podpisem souhlasí se zpracováním souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů.

**FAKULTATIVNÍ SDĚLENÍ**

| Příspěvek na péči:<br>(nehodící se škrtněte) | Ano        | Ne | V jednání | Stupeň závislosti:<br>(nehodící se škrtněte) | bez<br>závislosti | I. | II. | III. | IV. |
|--|------------|----|-----------|--|-------------------|----|-----|------|-----|
| Strava:<br>(nehodící se škrtněte)            | Diabetická |    |           |  |                   |    |     |      |     |
|  | Racionální |    |           |  |                   |    |     |      |     |
|  | Jiná:      |    |           |  |                   |    |     |      |     |
| Alergie:<br>(nehodící se škrtněte)           | Ne         |    |           |  |                   |    |     |      |     |
|  | Ano:       |    |           |  |                   |    |     |      |     |
| Zvláštní požadavky:                          |            |    |           |  |                   |    |     |      |     |

**SEZNAM POVINNÝCH PŘÍLOH (předány společně se žádostí)**

|  |     |    |
|--|-----|----|
| Rozhodnutí ČSSZ o přidělení a výši důchodu.  | Ano | Ne |
| Lékařská zpráva se seznamem aktuální medikace.   | Ano | Ne |
| Rozhodnutí o omezení svéprávnosti.   | Ano | Ne |
| Další rozhodnutí orgánů státní správy, která mohou mít vliv na poskytování a průběh sociální služby. |     |    |
|  |     |    |

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/ŽADATELKY**

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen s tím, že Domov pro seniory ADP-ANNA s.r.o. shromažďuje a zpracovává mé osobní a citlivé údaje v rámci plnění právních povinností dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a to v listinné i elektronické podobě v souladu s nařízením EU (GDPR) platným od 25.5.2018.

Souhlasím s užíváním svého rodného čísla pro účely jednoznačné identifikace mé osoby v rámci agendy žadatelů o umístění v Domově.

Souhlasím s pořízením fotokopie svého aktuálního důchodového výměru, přiznaného Příspěvku na péči, lékařské zprávy a dalších dokumentů a osobních dokladů, které přikládám k této žádosti.

Souhlasím s tím, že pověření pracovníci Domova pro seniory ADP-ANNA s.r.o. mají právo seznámit se s mým zdravotním stavem, a to v rozsahu nezbytně nutném, pro účely vyhodnocení žádosti o přijetí do Domova pro seniory ADP-ANNA s.r.o.

**Prohlašuji, že nejsem souběžně uživatelem sociální služby stejného zaměření.**

**Beru na vědomí, že veškeré změny mající vliv na poskytnutí pobytové služby sdělím neprodleně a prokazatelně sociální pracovníci Domova pro seniory ADP – ANNA s.r.o.**

**Prohlašuji, že veškeré údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné.**

### **UPOZORNĚNÍ PRO ŽADATELE/OPATROVNÍKA**

Žadatel (opatrovník) je seznámen se skutečností, že v případě přijetí žádosti Domova pro seniory ADP-ANNA s.r.o. je povinen, vždy po 6 ti měsících, prokazatelně žádost aktualizovat (telefonicky sociální pracovníci Domova, e-mailem, dopisem či osobně).

Nebude-li žádost v uvedeném termínu aktualizována, bude automaticky ze systému vyřazena.

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KONTAKTNÍ OSOBY svým podpisem souhlasí se zpracováním souhlasí se zpracováním, shromažďováním a uchováváním svých osobních údajů uvedených v této žádosti dle platných právních předpisů.

Poskytovatel má právo odmítnout žadatele a to i v případě, že jeho zdravotní stav není odpovídající rozsahu poskytované péče, pokud není volné místo, pokud žadatel žádá službu, která není poskytována a pokud poskytovatel vypověděl žadateli v předchozím období smlouvu z důvodu nevhodného chování, porušování vnitřních předpisů poskytovatele a pro neplacení služby.

Žadatel je seznámen s aktuální cenou služby, vnitřními předpisy, vnitřním řádem, chodem zařízení, posal řádně vyplněnou žádost a se vším v ní zmíněné souhlasí a splnil veškeré podmínky nákupu.

**V:**

**Dne:**

podpis žadatele/žadatelky

podpis opatrovníka

Pořadové číslo žádosti:

razítko a podpis odpovědného pracovníka

405 02 Děčín

**DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE** (platné možnosti označte křížkem)

|                   |          |  |                                    |
|-------------------|----------|--|------------------------------------|
| Upoutání na lůžko | Vůbec    |  | Schopnost vydržet v sedu 30 minut: |
|                   | Převážně |  |                                    |
|                   | Trvale   |  |                                    |

|       |                        |                   |   |                        |
|-------|------------------------|-------------------|---|------------------------|
| Chůze | Zcela sám/a            | S lehkou dopomocí | Neschopen/a                               | Sám/a do stoje         |
|       | S kompenzační pomůckou |                   | S kompenzační pomůckou a nutnou asistencí |                        |
|       | <i>hůl</i>             | <i>f. berle</i>   | <i>chodítka nízké</i>                     | <i>chodítka vysoké</i> |

|                |             |     |    |            |                                 |     |    |            |
|----------------|-------------|-----|----|------------|---------------------------------|-----|----|------------|
| Denní činnosti | činnost     | ANO | NE | s dopomocí | činnost                         | ANO | NE | s dopomocí |
|                | Nají se sám |     |    |            | Uchopení nádoby s nápojem       |     |    |            |
|                | Oblékání    |     |    |            | Hygiena (celková ve vaně/sprše) |     |    |            |
|                | Obouvání    |     |    |            | Mytí obličeje, rukou            |     |    |            |

|              |    |     |     |        |          |       |
|--------------|----|-----|-----|--------|----------|-------|
| Inkontinence | NE | PMK | ANO | trvalá | částečná | noční |
|--------------|----|-----|-----|--------|----------|-------|

|                                      |                      |  |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| Orientace (časem, prostorem, osobou) | Plně orientován/a    |  |
|                                      | S občasnými potížemi |  |
|                                      | Dezorientován/a      |  |

|        |          |     |    |                           |     |    |
|--------|----------|-----|----|---------------------------|-----|----|
| Agrese | forma:   | ANO | NE | forma:                    | ANO | NE |
|        | Verbální |     |    | Sebepoškozování           |     |    |
|        | Fyzická  |     |    | Nebezpečná/ý sobě a okolí |     |    |

|                       |                            |  |   |
|-----------------------|----------------------------|--|---|
| Potřeba lékařské péče | Téměř každý den            |  | OL (např. oční, diabetolog, kardiolog, neurolog, psychiatr, jiná odb.): |
|                       | Občas                      |  |   |
|                       | Pouze preventivní kontroly |  |   |
|                       | Alergie:                   |  |   |

|       |       |                    |                 |
|-------|-------|--------------------|-----------------|
| DATUM | MÍSTO | PODPIS ZAMĚŠTNANCE | PODPIS ŽADATELE |
|       |       |                    |                 |