



Žádost o poskytování sociálních služeb

dle zákona č. 108/2006 Sb.

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

datum přijetí žádosti

Žádám tímto o:

zakřížkujte

- zařazení do odlehčovacích služeb v Domě důstojného stáří, Brno-Maloměřice
- umístění do domova pro seniory Dům důstojného stáří v Brně-Maloměřicích
- umístění do domova se zvláštním režimem Villa Martha v Hrušovanech u Brna

žadatel

příjmení, jméno, titul

datum narození

místo narození

ulice bydliště, číslo domu

město

PSC

telefon

e-mail

zdravotní pojišťovna

rodinný stav

svobodná
svobodný

vdaná
ženatý

rozvedená
rozvedený

ovdovělá
ovdovělý

naposled zaměstnán/-a jako

výše přiznaného
příspěvku na péči

žije v domácnosti s

blízké osoby

(rodinní příslušníci,
kontakt na ně, telefon,
e-mailová adresa)

zákonný zástupce
(je-li žadatel zbaven
způsobilosti k právním
úkonům)

Pomůcky, které
žadatel používá:

Zájmy žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(-a) pravdivě. Jsem si vědom(-a) právních následků nepravdivého prohlášení včetně další odpovědnosti. Dále jsem si vědom(-a) toho, že změny v poskytnutých údajích jsem povinnen/povinna bez zbytečného odkladu oznámit.

Souhlasím s tím, aby pověření pracovníci Betanie - křesťanská pomoc zpracovávali výše uvedené osobní a citlivé údaje k zajišťování všech úkolů, které vyplývají z jejich činnosti ve vztahu k mé osobě, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

podpis žadatele

V _____ dne _____

Vyplněnou žádost odešlete nebo osobně odevzdejte na jedné z těchto adres:

Betanie - křesťanská pomoc, Joštova 7, 602 00 Brno
Dům důstojného stáří, Borky 7, 614 00 Brno
Villa Martha, Tyršova 173, 664 62 Hrušovany u Brna

Vyjádření ošetřujícího lékaře k umístění žadatele

(jméno a příjmení) _____

do pobytového zařízení Betanie - křesťanská pomoc

doporučuji

nedoporučuji

Aktuální zdravotní stav

Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití apod.)

Trpí žadatel demencí?

ano

ne

typ demence

stupeň

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?

ano

ne

Je upoután trvale - převážně na lůžko?

ano

ne

Je schopen se sám obsloužit?

ano

ne

Inkontinence

ano

ne

částečně

Potřebuje lékařské ošetření?

ano

ne

Je pod dohledem specializovaného oddělení?

ano

ne

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

Pomůcky, které žadatel užívá

V _____ dne _____

razítko a podpis ošetřujícího lékaře