

*Datum podání žádosti*

*Evidenční číslo*

## **Žádost o přijetí do domova pro seniory/ do domova se zvláštním režimem**

**1. Žadatel** (jméno, příjmení, titul):

**2. Datum narození** (den, měsíc, rok):

**3. Trvalý pobyt**

obec: ..... PSČ: .....

ulice: ..... číslo popisné: .....

okres: ..... kraj: .....

**4. Adresa současného pobytu** (vyplňte, pokud je místo pobytu odlišné od trvalého pobytu)

**5. Kontaktní telefon**

**6. Poskytovatel potřebné pomoci** (označte kroužkem správnou odpověď a doplňte informaci o osobě blízké nebo název poskytovatele sociální služby či zdravotnického zařízení, které v době podání žádosti pomoc zajišťuje)

a) osoba blízká (uved'te syn, dcera, soused, apod.):.....

b) poskytovatelé sociální služby: .....

c) zdravotnické zařízení: .....

**Popište co nejpřesněji, s čím potřebujete pomoci:**

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

**7. Kontaktní osoba (jméno, příjmení, titul, telefon, případně e- mail)**

.....  
.....

**8. Je žadatel omezen na svéprávnosti?**

- ANO     NE     PROBÍHÁ ŘÍZENÍ U OKRESNÍHO SOUDU

**9. Soudem stanovený opatrovník, jestliže žadatel má (jméno, příjmení, titul, telefon, adresa, případně e- mail)**

.....  
.....

**10. Zástupce na základě plné moci, či jiného zastoupení?**

- ANO     NE

**11. Zástupce, jestliže žadatel má (jméno, příjmení, titul, telefon, adresa, případně e- mail):**

.....  
.....

**Žádám o pobytovou sociální službu (prosím o zaškrtnutí):**

- Domov pro seniory** (poskytuje pobytovou sociální službu osobám, které vyžadují 24hodinovou pravidelnou pomoc. Tuto pomoc jim již nelze zabezpečit v jejich přirozeném prostředí jinou osobou, pečovatelskou službou ani veřejně dostupnými službami. Služba je poskytována osobám zejména od 65 let věku a je poskytována přednostně osobám s prokázanou vazbou na Broumovsko.)

Nedílnou součástí žádosti do domova pro seniory je „**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu**“, které nesmí být starší než 3 měsíce.

- Domov se zvláštním režimem** (poskytuje pobytovou sociální službu osobám, které trpí **onemocněním demence (např. Alzheimerovou chorobou, neurodegenerativním postižením mozku, vaskulární demencí)**, jimž bylo toto onemocnění diagnostikováno odborníkem z oboru psychiatrie, neurologie nebo geriatricy. Služba je poskytována osobám, které vyžadují neustálou pomoc. Tuto pomoc jim již nelze zabezpečit v jejich přirozeném prostředí jinou osobou, pečovatelskou službou ani veřejně dostupnými službami.

Služba je poskytována osobám zejména od 65 let věku a je poskytována přednostně osobám s prokázanou vazbou na Broumovsko.)

Nedílnou součástí žádosti do domova se zvláštním režimem je „**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu**“ a „**Vyjádření odborného lékaře (psychiatra/ neurologa/ geriatra) ke zdravotnímu stavu**“, které nesmí být starší než 3 měsíce.

***Souhlas s využitím údajů uvedených v žádosti***

*Žadatel (příp. žadatel zastoupený určenou osobou) souhlasí se shromažďováním osobních údajů, nezbytných při jednání o službě. Sociální služba se řídí Zákonem č. 110/2019 Sb., O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění.*

.....

Datum podpisu

.....

Podpis žadatele/ zástupce

Vyplněnou žádost předejte nebo zašlete na adresu: **CSS Naděje Broumov**  
**Na Příkopech 27**  
**550 01 Broumov**

Dotazy k poskytované službě nebo případnou pomoc s vyplněním žádosti zajistí sociální pracovnice na výše uvedené adrese **od pondělí do pátku v čase od 9:00 do 13:00** (schůzku si domluvte předem) nebo na telefonních číslech **491 814 009, 774 420 231, 776 829 077.**