



Domovy
sociálních služeb
Litvínov

Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov, příspěvková organizace

Datum podání žádosti:.....

web: www.dsslitvinov.cz

tel.: 476 742 042

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO
DOMOVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LITVÍNŮV**

Žádám o poskytnutí pobytové služby:

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence

Žadatel:

příjmení rozená jméno

Narozen:

den,měsíc,rok místo okres

Bydliště:

telefon:

email:

Státní příslušnost:

Rodinný stav: /* Hodící se označte

svobodný(á), ženatý, vdaná, rozvedený(á), ovdovělý(á), žije s druhem/družkou, registrované partnerství

Důvod umístění v Domově se zvláštním režimem:

Jaké služby žadatel potřebuje? (přání, očekávání)

Žadatel chce podáním žádosti svou situaci řešit: */Hodící se, označte

CO NEJDŘÍVE POZDĚJI - KDY: Od 1 - 6 měsíců
Od 6 měsíců - 1 rok
Za 1 rok či více let

Jméno, adresa, telefon opatrovníka, je-li žadatel omezen ve svéprávnosti

(rozhodnutí soudu v.....ze dne.....č.j.....).

Osoba, která má být kontaktována ve věci řešení žádosti o umístění:

Jméno: vztah k žadateli:

Adresa:

Telefon:

Email:

Prohlášení žadatele (opatrovníka):

V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb. O ochraně a zpracování osobních údajů v platném znění souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby evidence DSS Litvínov a to po dobu evidence zájemce o službu, pobytu v zařízení a po dobu nezbytnou po jeho skončení.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a, že nejpozději do 15 dnů jsem povinen/a ohlásit změny, které v uvedených údajích nastaly.

.....
**Vlastnoruční podpis žadatele
(opatrovníka)**

V:..... Dne:.....

Přílohy k žádosti: !!VĚNUJTE PROSÍM POZORNOST TĚMTO PŘÍLOHÁM!!

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Kopie posledních nálezů a lékařských zpráv od odborných lékařů

Kopie propouštěcích zpráv, předběžných propouštěcích zpráv ze zdravotnických zařízení

Kopie certifikátu o očkování (COVID -19)

Kopie Rozsudku o omezení ve svéprávnosti a usnesení o ustanovení opatrovníka *

(*Je-li žadatel omezen ve svéprávnosti)

Vyplňuje poskytovatel DSS Litvínov:**Žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem přijata:**

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o přijetí do Domova se zvláštním režimem:

Datum nástupu:.....

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby:

Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů Domova se zvláštním režimem:

Žadatel byl přijat do pořadníku čekatelů dne:

V Litvínově dne:..... podpis odpovědné osoby: