



# Přístav

## Domov se zvláštním režimem

**Pozor**, před vyplněním žádosti prosím pozorně čtete Podmínky pro přijetí.  
Do pořadníku žadatelů budou zařazeny pouze žádosti zájemců, kteří naplňují cílovou skupinu, mají trvalý pobyt v Moravskoslezském kraji a jsou příjemci důchodu!

Evidenční číslo žádosti:	<b>Žádost o přijetí do Domova Přístav</b>	Datum přijetí žádosti
--------------------------	---	-----------------------

<b>Jméno, příjmení, titul:</b>		
Datum narození:	Stav:	
Adresa trvalá:		
Adresa kontaktní:		
		Telefon:
Zdravotní pojišťovna:	Státní příslušnost:	
Nejbližší osoba žadatele: (případně soc prac)		
Adresa, telefon:		
Druh důchodu:	Výše důchodu:	
Pobíráte příspěvek na péči?	<b>ANO – NE – POŽÁDÁNO</b>	V jaké výši:
Máte podanou žádost do Domova pro seniory?	<b>ANO – NE</b>	Od kdy:
Které domovy jste žádal/a?		
<b>Sociální podmínky žadatele</b>		
Potřebuje ošetřovatelskou péči	<b>ANO – NE</b>	
Potřebuje celodenní dohled	<b>ANO – NE</b>	
Potřebuje pomoc při obstarávání zákl. životních potřeb	<b>ANO – NE</b>	
<b>Osamělost:</b> Žadatel nemá příbuzné ani osobu blízkou.	<b>ANO – NE</b>	
Žadatel využívá terénní sociální služby	<b>ANO – NE</b>	
Bytové podmínky ohrožující život a /nebo zdraví	<b>ANO – NE</b>	
Ubytován v <b>Azylovém domě</b> , ubytovně ...	<b>ANO – NE</b>	
<b>Ztráta bytového zázemí</b>	<b>ANO – NE</b>	
Opakované <b>hospitalizace</b> , pobyty v LDN	<b>ANO – NE</b>	
Umístěn na <b>sociálním lůžku</b>	<b>ANO – NE</b>	
<b>Důvod žádosti o umístění:</b>		

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

**Jméno, příjmení, titul:**

Datum narození:

Trvale bytem:

**Diagnózy (slovně):**

**Duševní stav:**

**Mobilita:** mobilní sám – o holi – o berlích – v chodítku - imobilní

**Hygiena:** sám – s pomocí – neprovede

**Orientace:** plně orientován – částečně – neorientován

**Příjem potravy:** nají se sám – s pomocí – krmen

**Kontinence moči:** kontinentní – částečně inkontinentní – úplně inkontinentní

**Kontinence stolice:** kontinentní – inkontinentní

**Smyslový či jiný handicap:**

**Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové soc. služby:**

**Zdravotní stav žadatele umožňuje využívat pobytové sociální služby \***

Ošetřující lékař:

Telefon:

Adresa:

Podpis:

*Podáním žádosti dává žadatel souhlas k zpracování osobních údajů a uchováním do doby přijetí do zařízení. Všechny informace v této žádosti jsou důvěrné a poskytovatel služeb se zavazuje nesdělovat je třetí osobě.*

**Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl/a pravdivě a nic jsem nezatajil/a.**

Datum:

**Podpis žadatele:**

Žádost zašlete na adresu:

*ARMÁDA SPÁSY, Domov Přístav, sociální pracovnice, Holvekova 612/38, 718 00 Ostrava – Kunčičky.*

\* Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 36 uvádí, že **poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje**, jestliže:

- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.