



# ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ sociální služby v geriatrickém centru

POSKYTOVATEL SLUŽBY | Nemocnice Počátky, s.r.o. | Havlíčkova 206, Počátky 394 64 | IČ: 262 16 701 | DIČ: CZ 262 16 701  
společnost je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Českých Budějovicích, oddíl C, vložka 11977  
tel. +420 565 301 370 | fax +420 565 495 632 | www.ldn-pocatky.cz | ldn-pocatky@ldn-pocatky.cz

DATUM PŘIJETÍ ŽÁDOSTI \*)

ČÍSLO ŽÁDOSTI \*)

ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ \*\*)

- NA SOCIÁLNÍ LŮŽKO VE ZDRAVOTNICKÉM ZARÍZENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE  
 DO DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

\*) vyplní poskytovatel

\*\*\*) zvolte prosím pouze jednu z nabízených možností

## I. ODDÍL – ÚDAJE O ŽADATELI

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (PŘÍP. RODNÉ), TITUL

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ

ČÍSLO OBČANSKÉHO PRŮKAZU

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

RODINNÝ STAV

## ADRESA MÍSTA TRVALÉHO POBYTU

ULICE

ČÍSLO POPISNÉ / ORIENTAČNÍ

PSČ

OBEC

MÍSTNÍ ČÁST

STÁT

TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA (JE-LI ODLIŠNÁ)

PRAKTICKÝ LÉKAŘ (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESA, KONTAKT)

## II. A ODDÍL – ÚDAJE O PŘÍBUZNÝCH A KONTAKTNÍCH OSOBÁCH (UVĚĎTE PROSÍM VŠECHNY POŽADOVANÉ ÚDAJE)

1) ŽIJÍCÍ VE SPOLEČNÉ DOMÁCNOSTI (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, PŘÍBUZENSKÝ POMĚR, KONTAKTNÍ ADRESA, TELEFON, E-MAIL)

2) MIMO SPOLEČNOU DOMÁCNOST (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, PŘÍBUZENSKÝ POMĚR, KONTAKTNÍ ADRESA, TELEFON, E-MAIL)

**II.B ODDÍL – ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI (OPATROVNÍKOVI)** JE-LI SVÉPRÁVNOST ŽADATELE OMEZENA (NUTNO DOLOŽIT ROZHODNUTÍ SOUDU, KTERÝ VE VĚCI ROZHODL – LIST OPATROVNÍKA)

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, PŘÍBUZENSKÝ POMĚR

KONTAKTNÍ ADRESA

TELEFON, E-MAIL

ROZHODNUTÍ SOUDU V

ZE DNE

Č.J.

---

**III. ODDÍL – SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ**

**A) ŽADATEL BYL / JE NYNÍ UMÍSTĚN** (UVEĎTE ZAŘÍZENÍ A OBDOBÍ POBYTU)

**B) PŘÍSPĚVEK NA PÉČI**

I. STUPEŇ

II. STUPEŇ

III. STUPEŇ

IV. STUPEŇ

O PNP POŽÁDÁNO (UVEĎTE DATUM PODÁNÍ ŽÁDOSTI)

NEPŘÍZNÁN/NEŽÁDÁNO

**C) ŽADATEL ŽIJE**

S RODINOU

SÁM

DOMOV DŮCHODCŮ

ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE

DPS

JINÉ

**D) PODÁNA ŽÁDOST DO JINÉHO SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ**

NE

ANO (UVEĎTE ZAŘÍZENÍ A DATUM PODÁNÍ ŽÁDOSTI)

**E) PŘEVZETÍ ŽADATELE PO UKONČENÍ POBYTU NA SOCIÁLNÍM LŮŽKU** (VYPLŇTE V PŘÍPADĚ ŽÁDOSTI O UMÍSTĚNÍ NA SOCIÁLNÍ LŮŽKO)

RODINA

DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU

DOMOV DŮCHODCŮ

ZAJIŠTĚNA PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

---

**IV. ODDÍL – JINÁ SDĚLENÍ ŽADATELE**

UVEĎTE, Z JAKÉHO DŮVODU ŽÁDÁTE O POSKYTOVÁNÍ POBYOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

UVEĎTE, CO OČEKÁVÁTE OD POBYOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

UVEĎTE, JAKÉ JSOU VAŠE POŽADAVKY, OČEKÁVÁNÍ, POTŘEBY, PŘÁNÍ A CÍLE (POPŘ. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN CÍLŮ ŽADATELE)

## V. ODDÍL – PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádosti jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom(a) toho, že uvedení nepravdivých údajů může mít za následek případný nárok náhrady vzniklé škody, vyřazení z pořadníku čekatelů nebo ukončení poskytování sociální služby. Dále prohlašuji, že budu poskytovatele informovat o změnách, které by mohly mít vliv na posuzování žádosti.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech, ve znění pozdějších předpisů, uděluji svým podpisem také souhlas výše uvedenému poskytovateli ke zpracování mých osobních a citlivých údajů pro účely řízení související s umístěním do geriatrického centra a poskytováním sociální služby. Jsem seznámen(a) a souhlasím se všemi podmínkami týkajícími se poskytování sociální služby a úhrady za ni vyjádřené v dokumentech *Informace pro pacienty*, *Domácí řád* a *Sazebník úhrad*.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

---

**Jméno, příjmení a podpis žadatele (příp. zákonného zástupce)**

K žádosti přiložte:

- vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele (příloha k Žádosti o poskytování sociální služby);
- aktuální důchodový výměr, popř. ostatní příjmy ve smyslu ust. § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů – výši důchodu je třeba doložit pouze v případě, že příjem osoby nepostačuje na úhradu nákladů podle ust. § 73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a podle platného Sazebníku úhrad dané sociální služby;
- rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči;
- v případě omezení svéprávnosti žadatele nutno doložit kopii rozhodnutí soudu, který ve věci rozhodl, a usnesení o ustanovení opatrovníka;
- souhlas se spoluúčastí rodiny na úhradě, pokud příjem uživatele nedosahuje na zaplacení úhrady nákladů v plné výši a rodina je ochotna doplácet.

*Nebude-li žádost i se všemi jejími přílohami kompletní, nebude moci být předána Komisi pro posuzování žádostí a následně zařazena do pořadníku čekatelů na umístění.*

---

### ZÁZNAMY POSKYTOVATELE SLUŽBY<sup>x)</sup>

**ZAŘAZENÍ DO POŘADNÍKU**

**NÁSTUP ŽADATELE**

PODMÍNKOU ZAŘAZENÍ ŽADATELE DO POŘADNÍKU ČEKATELŮ JE DORUČENÍ KOMPLETNÍ ŽÁDOSTI VČ. PŘÍLOH, SCHVÁLENÍ ŽÁDOSTI A JEJÍ BODOVÉ OHODNOCENÍ KOMISÍ PRO POSUZOVÁNÍ ŽÁDOSTI