



**Domov pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza, příspěvková organizace**

U Vrbky 486, 330 12 Horní Bříza

Zapsán v Obchodním rejstříku Krajského soudu v Plzni, oddíl Pr, vložka 653, IČO 000 22 578

## Žádost o poskytnutí pobytové sociální služby

Mám zájem o poskytování pobytové sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza.

### Žadatel

Jméno a příjmení, titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Adresa současného pobytu (např. nemocnice, LDN, u rodiny):

Telefon, mobil, e-mail:

.....  
Datum

.....  
Vlastnoruční podpis žadatele  
nebo zákonného zástupce

### Kontaktní osoba žadatele (osoba, se kterou můžeme jednat)

Jméno a příjmení, titul:

Vztah k žadateli:

Adresa:

Telefon, mobil, email:

Podpis kontaktní osoby:

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v této žádosti, pro vnitřní potřeby DOZP HB, p. o.. Jsem seznámen s tím, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.



**Domov pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza, příspěvková organizace**

U Vrbky 486, 330 12 Horní Bříza

Zapsán v Obchodním rejstříku Krajského soudu v Plzni, oddíl Pr, vložka 653, IČO 000 22 578

## Zákonný zástupce žadatele

plná moc (ověřená)

Soudem určený zástupce\*:

podpůrce

zastoupení členem domácnosti

opatrovník

\* je nutné předložit usnesení od soudu

Jméno a příjmení, titul:

Adresa:

Telefon, mobil, email:

Podpis zástupce žadatele:

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se zpracováním mých osobních údajů uvedených v této žádosti, pro vnitřní potřeby DOZP HB, p. o.. Jsem seznámen s tím, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

**Využívání sociálních služeb** (ambulantních, terénních a přechodně pobytových např.: pečovatelské služby, odlehčovací služby, denní stacionáře) a jiných služeb (např.: zdravotní domácí péče apod.) (označte křížkem)

Ne, nevyužívám: jaké služby byly osloveny: \_\_\_\_\_

v místě bydliště nejsou dostupné

v místě bydliště není dostatečná kapacita

jiný důvod: \_\_\_\_\_

Ano, využívám: jaké služby a úkony: \_\_\_\_\_



### **Žadatel čeká na volné místo**

*(označte křížkem)*

- v jiném zařízení sociálních služeb
- ve zdravotnickém zařízení (akutní, zdravotní lůžko)
- na sociálním lůžku ve zdravotnickém zařízení (např. LDN)
- v domácím prostředí za podpory rodiny
- v domácím prostředí bez podpory rodiny
- zájemce nemá žádné příbuzné
- jiné: \_\_\_\_\_

### **V jakých běžných činnostech potřebuje žadatel nyní pomoc?** *(označte křížkem)*

- pomoc či podpora při stravování – příprava či servírování jídel a nápojů
- pomoc či podpora při osobní hygieně – při koupání, sprchování
- pomoc či podpora při oblékání a svlékání, obouvání a zouvání
- pomoc či podpora při přesunu na lůžko, vstávání z lůžka, ukládání ke spánku
- pomoc či podpora při pohybu – používání kompenzačních pomůcek (hůl, chodítko, mechanický vozík)
- pomoc či podpora s orientací v čase, v prostoru
- pomoc při jednání s úřady

### **K žádosti je nutné:**

- doložit **Výpis ze zdravotní dokumentace**
- alespoň **1x ročně informovat o případných změnách**, a to **vedoucí sociálního úseku** (např. zdravotního stavu apod.) a to buď osobně, telefonicky nebo e-mailem

**Informace k žádostem a více informací o službě podá vedoucí sociálního úseku:**

**Bc. Markéta Musilová, DiS.**

Telefon: **775 884 210**

E-mail: [vedoucisocialni@domovhb.cz](mailto:vedoucisocialni@domovhb.cz)