



Žádost

o poskytování sociální služby v Domově "Pata"

požadovaná služba (označte):

☐ **služba DOZP "PATA" v Hazlově** (budete-li mít s vyplněním žádosti jakékoli potíže, obraťte se na sociální pracovníci, tel. kontakt: 730 844 435, 725 545 053)

☐ **služba chráněné bydlení "PATA" v Aši** (budete-li mít s vyplněním žádosti jakékoli potíže, obraťte se na sociálního pracovníka, tel. kontakt: 730 844 425)

☐ **služba chráněné bydlení "PATA" v Chebu** (budete-li mít s vyplněním žádosti jakékoli potíže, obraťte se na sociální pracovníci, tel. kontakt: 730 844 433)

předpokládaný nástup (naléhavost nepříznivé sociální situace):

Došlo dne:

1. Údaje o žadateli:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Státní občanství:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Kontaktní adresa: (pokud je odlišná)

Telefon, e-mail:

2. Údaje o zákonném zástupci/opatrovníkovi

(vyplňuje se pouze v případě omezení svéprávnosti nebo zastupování)

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon, e-mail:

Na základě rozhodnutí soudu č. j.:



Příspěvková organizace Karlovarského kraje
Domov "Pata"

3. Doplnující údaje:

Kontaktní osoba, např. rodinný příslušník:

Jméno:

Telefon:

Vztah k žadateli:

4. Důvod žádosti:

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

5. Jiné skutečnosti, které je vhodné uvést, např. mobilita, podpora v komunikaci, specifické potřeby:

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

6. Co je pro Vás důležité – Vaše osobní zájmy (zájem o zahradnictví, řemeslo, vaření apod.):

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

7. Využíval/a jste již někdy jinou sociální službu, jakou, jak dlouho:

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



Příspěvková organizace Karlovarského kraje Domov "Pata"

8. Uved'te prosím oblasti, v nichž potřebujete pomoci:

(potřebujete-li pomoc v dané oblasti v jakékoli míře, zakroužkujte **ANO**; pokud danou oblast zvládáte zcela bez pomoci druhé osoby, zakroužkujte **NE**):

Osobní hygiena

ANO / NE

Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. oblékání, úprava vzhledu)

ANO / NE

Samostatný pohyb (např. vstávání a uléhání na lůžko)

ANO / NE

Zajištění stravování (např. nákup surovin, pomoc s vařením, zajištění stravy)

ANO / NE

Seberealizace (např. vzdělávání, zaměstnání, volný čas)

ANO / NE

Péče o domácnost (např. úklid, údržba, péče o prádlo, vybavení bytu, příprava bytu na nastěhování, údržba domácích spotřebičů)

ANO / NE

Péče o zdraví a bezpečí – rizika (např. ošetření, užívání léků, návštěva lékaře, dodržování léčby)

ANO / NE

Uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí (např. hospodaření s penězi, uzavírání smluv, vyřízení dávek)

ANO / NE

Zajištění kontaktu se společenským prostředím (např. s přáteli, rodinou, sousedy)

ANO / NE

Využívání veřejných služeb - např. obchody, pošta, kadeřnictví, kino, divadlo

ANO / NE



Příspěvková organizace Karlovarského kraje Domov "Pata"

9. Přílohy k žádosti (dokumenty potřebné před uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby):

Vyjádření lékaře k aktuálnímu zdravotnímu stavu

Kopie rozhodnutí o omezení svéprávnosti a listina o ustanovení opatrovníka (pokud jste omezen)

Doklad totožnosti (např. Občanský průkaz, Rodný list)

Kopie rozhodnutí o přiznání důchodu a příspěvku na péči (v případě, že Vám byl přiznán)

10. Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že údaje uvedené v tomto dokumentu jsou pravdivé a uděluji tímto Domovu "Pata", p.o, souhlas ke zpracování osobních a citlivých údajů v souladu s platnými právními předpisy za účelem posouzení této žádosti o poskytování sociální služby.

V

dne:

Podpis žadatele:

Podpis zákonného zástupce/opatrovníka: